

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



LA GESTIÓN HOSPITALARIA CON LA UTILIZACIÓN DEL CUADRO DE MANDO GERENCIAL PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA, PERÍODO ENERO A JUNIO 2015.

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE MÁSTER EN SALUD PÚBLICA

KAREN YADIRA MARADIAGA SALGUERO

ASESORA:

DRA. MARTA ISABEL FONSECA GODOY

TEGUCIGALPA, M.D.C SEPTIEMBRE 2018, HONDURAS, C.A

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTOR

DR. FRANCISCO HERRERA CÁCERES

VICE RECTORA ACADÉMICA

MSC. BELINDA FLORES DE MENDOZA

VICE RECTOR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

ABG. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

DR. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

LIC. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA

DR. SANTIAGO JAIME RUIZ

DIRECTOR DE POSGRADOS

DR. ARMANDO EUCEDA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

SECRETARIA ACADÉMICA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DRA. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO

COORDINADOR GENERAL DE POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

DR. ARNOLDO ZELAYA RODRÍGUEZ

COORDINADORA ACADÉMICA DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

DRA. MARTA ISABEL FONSECA GODOY

DEDICATORIA

Dedico este trabajo:

A Dios Todo Poderoso, que sin su voluntad absolutamente nada sería posible en nuestra existencia, Muchas gracias SEÑOR.

A mi padre Pablo Vicente Maradiaga Castillo (QDDG) y a mi madre Olga Araceli Salguero Rodas (QDDG), pilares de mi formación moral, espiritual y profesional, gracias padres por su infinito amor, tolerancia, orientación, por estar siempre allí para mí apoyándome, los amo.

A Pablo Andrés, el gran amor de mi vida, mi mayor orgullo, el tesoro más valioso que Dios me dió y que me ha permitido poder disfrutar todos los días, gracias hijo por motivarme a ser mejor persona e impulsarme a diario para concluir con esta meta trazada. Te amo mucho hijo.

A todas mis hermanas y hermanos por su constante e incondicional apoyo siempre, a mis sobrinas, sobrinos y a mi familia.

A todos mis amigos y amigas, por su sincera e incondicional amistad, muchas gracias.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a:

La Secretaría de Salud, específicamente al Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención, mi lugar de trabajo, a través de sus autoridades, por permitirme poder finalizar mis estudios de Postgrado. Muchas gracias.

A mis Maestras y (os) del Postgrado por sus orientaciones, sugerencias, apoyo y amistad. Y muy especialmente a mi asesora Dra. Marta Isabel Fonseca Godoy, infinitas gracias Maestra Marta por toda su ayuda, ese gran apoyo incondicional, consejos y cariño, los cuáles me permitieron poder finalizar el trabajo de investigación.

Al Director, Sub Director, integrantes del Consejo Consultivo y a todos (as) el recurso humano de los servicios finales e instancias intermedias del Hospital Santa Teresa, de la ciudad de Comayagua, en donde realicé mi trabajo de investigación, muchas gracias a todas (os) por su valiosa cooperación.

I. Tabla de contenido	
I. Tabla de contenido.....	5
I. INTRODUCCIÓN	8
II. OBJETIVOS.....	13
2.1 GENERAL	13
2.2 ESPECÍFICOS.....	13
III. MARCO TEÓRICO	14
3.1 HISTORIA DE LA SALUD.....	14
3.2 CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA..	16
3.2.1 Teorías de la Administración: Teoría Organizacional	19
3.2.2 Corrientes Teóricas de la Teoría de la Organización	20
3.2.3 Servucción	23
3.2.4 Elementos Organizacionales.....	24
3.3 Desarrollo Organizacional	25
3.3.1 Conceptuación del Desarrollo Organizacional	26
3.4 GESTIÓN.....	28
3.4.1 Modelos de Gestión y Eficacia en América Latina	30
3.4.2 Gestión y Reforma como propuesta política	31
3.4.3 Reforma como propuesta de gestión	32
3.4.4 Gestión y Gestores.....	37
3.4.5 Clasificación de la Gestión	37
3.4.6 Gestión por procesos	39
3.5 Efectividad.....	41
3.6 Eficiencia	42
3.7 Eficacia	42
3.8 Gestión hospitalaria	42
3.8.1 Niveles de Gestión Hospitalaria	43
3.8.2 Sistemas de control de gestión hospitalario	43
3.8.3 Control de la Gestión	45
3.8.4 La existencia del control de gestión en la empresa	45
3.8.5 Niveles del control de gestión.....	47
3.8.6 Factores que influyen sobre el control de gestión.....	50
3.8.7 Requisitos del control de gestión	51
3.8.8 Objetivos del control de gestión	52
3.8.9 Limitaciones del control de gestión	54
3.9 Cuadro de Mando Gerencial	55
3.9.1 Utilidad del Cuadro de Mando Gerencial.....	57

3.9.2	Características del Cuadro de Mando Gerencial	58
3.9.3	Definición de indicador	59
3.9.4	Flujo de la información	61
3.10	Contexto nacional	61
3.10.1	Modelo nacional de salud.....	61
3.10.2	Atención en salud	64
3.10.3	Reforma del sistema de salud.....	65
3.10.4	Reseña Histórica	65
3.11	Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria	69
3.11.1	Marco Legal	69
3.11.2	Marco Técnico	70
3.11.3	Niveles de Gestión Hospitalaria.....	71
3.11.4	Nivel de Conducción.....	72
	Comité de Apoyo Externo.....	74
3.11.5	Nivel de Instancias Intermedias	74
3.11.6	Nivel de los Servicios Finales	75
3.12	Modelo de Gestión Hospitalaria	76
3.13	Toma de Decisiones.....	76
3.13.1	Características del análisis de decisión.....	77
3.13.2	Elementos del análisis de decisión	78
3.14	Evaluación del desempeño.....	80
3.14.1	Coordinación entre servicios	81
3.15	Supervisión	82
3.15.1	Objetivos de la supervisión.....	82
3.15.2	Papel del supervisor	83
3.16	Liderazgo.....	84
3.17	Antecedentes del Hospital Santa Teresa, Comayagua	85
3.17.1	Antecedentes.....	85
3.18	Caracterización del Hospital.....	86
3.18.1	Ubicación Geográfica	86
3.18.2	Cartera de servicios	86
3.18.3	Nueva tipología de los hospitales.....	88
IV.	METODOLOGIA	90
V.	RESULTADOS	96
VI.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	165
VII.	CONCLUSIONES	183

VIII. RECOMENDACIONES.....	186
IX. BIBLIOGRAFIA	189
X. ANEXOS.....	194

I. INTRODUCCIÓN

Los Hospitales son organizaciones muy complejas de gestionar y plantean retos cada vez mayores para asegurar el cumplimiento de su misión en la red de servicios de salud, cumpliendo además objetivos de eficiencia en la utilización de los recursos asignados que cada vez son más escasos y donde otras prioridades compiten por ellos.

Actualmente la visión que plantea la Reforma del Sector Salud es que los hospitales se transformen en unidades eficientes y productivas, con una alta resolución de los problemas de salud de la población demandante.

Se han realizado esfuerzos importantes orientados a desarrollar y fortalecer la gestión de los servicios de salud. A nivel de los hospitales estas acciones se han respaldado en el marco de las Políticas de Reordenamiento Hospitalario. Y es en este sentido que se han implementado procesos de fortalecimiento gerencial y de mejoramiento de la calidad en los servicios clínicos y administrativos, creando oportunidades para satisfacer las necesidades de los usuarios y usuarias.

Por lo que se inicia un proceso denominado “ Fortalecimiento para la gestión hospitalaria “, el cual ha permitido además de identificar fortalezas y debilidades

en los procesos gerenciales hospitalarios; también la necesidad de plantear nuevas estrategias y acciones que conduzcan a crear y facilitar los mecanismos e instrumentos para el mejoramiento oportuno de dicha gestión, con el fin de garantizar el desarrollo integral y coordinado de dichos esfuerzos (Salud, Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, 2009).

Uno de los instrumentos gerenciales fundamentales para fortalecer la gestión hospitalaria y la toma de decisiones es el Cuadro de Mando Gerencial (CMG), herramienta que permite desde la recolección y consolidación de la información, el monitoreo, análisis de la misma, así como también la toma de decisiones por el Director y Consejo Consultivo y la generación de informes en base a datos recolectados por el mismo hospital, llevándolo hacia una gestión más eficiente, de mejor calidad y basada en resultados.

Tradicionalmente los hospitales presentan debilidades, así como también deficiencias; dentro de las cuáles se pueden destacar: cantidad de indicadores establecidos por las diferentes estrategias, flujos de información no muy bien definidos, por lo que existen diversas vías para la remisión de informes tanto a lo interno, como hacia afuera del hospital y un Cuadro de Mando Gerencial que actualmente es conocido pero que su utilización es limitada en lo que se refiere a su análisis y posterior toma de decisiones; lo cual genera pérdida de

oportunidades en los diferentes niveles de gestión hospitalaria (conducción, instancias intermedias y servicios finales).

Y es en este sentido que la investigación planteada contribuirá a verificar si con la utilización del Cuadro de Mando Gerencial, la gestión hospitalaria es efectiva. Asimismo, los resultados del estudio ayudarán a que tanto los servicios finales, como las instancias intermedias creen una mayor conciencia sobre la importancia de la oportunidad, confiabilidad y análisis de la información para el adecuado llenado del Cuadro de Mando Gerencial. Así como también de la utilización del mismo para la toma de decisiones por el Consejo Consultivo.

Este proyecto de investigación se realizó en el Hospital Santa Teresa de la ciudad de Comayagua, en el período comprendido de enero a junio del año 2015, en el cuál fueron abordados los miembros que conformaban el Consejo Consultivo y los empleados de los servicios finales e instancias intermedias.

El estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal, siendo el universo los 433 empleados del hospital, en los que se utilizó la fórmula de Sampieri para seleccionar la muestra, a través de la aplicación del método probabilístico estratificado, tomando en consideración su profesión y formación, en la cual se hizo uso de números random o números aleatorios; muestra que se constituyó

por 16 integrantes del Consejo Consultivo y 105 empleados de los servicios finales e instancias intermedias.

Para la recolección de los datos, se elaboraron dos cuestionarios, los cuáles fueron aplicados a 13 de los integrantes del Consejo Consultivo y a 74 empleados de los servicios finales e instancias intermedias y posteriormente se les aplicó la escala de Likert, que es una de las herramientas más utilizadas por los investigadores para evaluar opiniones. También se elaboró un tercer instrumento para aplicarlo durante la revisión documental de las ayudas memorias elaboradas en el período.

Los datos fueron tabulados con el programa SPSS, versión 20.0.0.0, obteniendo información reflejada en valores de porcentajes y expresados a través de gráficas. El documento del informe final consta de los siguientes capítulos: I Introducción, donde se hace la relatoría de la construcción y resultados de la investigación, capítulo II que contiene el objetivo general y específicos que orientaron a la investigación, el capítulo III el marco teórico, que sustenta la investigación, capítulo IV es la descripción de la metodología utilizada en la investigación, capítulo V contiene los resultados, y el capítulo VI corresponde al análisis de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Entre los hallazgos importantes encontrados en los resultados del estudio ocho de los integrantes del Consejo Consultivo refieren utilizar el Cuadro de Mando Gerencial como herramienta principal para la toma de decisiones, durante las reuniones del Consejo Consultivo y cuatro están indecisos. Lo que evidencia inconsistencia en las respuestas.

Otro aspecto de importancia es en relación a la toma de decisiones en base a la discusión del Cuadro de Mando Gerencial durante las reuniones de Consejo Consultivo, servicios finales e instancias intermedias, en lo que también se evidencia inconsistencia en las respuestas obtenidas.

Y es en este sentido que en cuanto a la gestión referida, la teoría habla de la efectividad y la responsabilidad sobre la eficiencia, siendo la efectividad el grado en el que se producen esos efectos esperados. Las organizaciones difieren entre sí por su capacidad de logro, las hay más efectivas, así como también menos efectivas. Con los resultados de la investigación el hospital es menos efectivo.

Por tanto se recomienda que el Director del Hospital debe tener formación en gerencia de servicios de salud, con toma de decisiones de manera oportuna, para la mejora de la gestión hospitalaria.

II. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Caracterizar la gestión hospitalaria con la utilización del Cuadro de Mando Gerencial para la toma de decisiones en el Hospital Santa Teresa, Comayagua de enero a junio 2015.

2.2 ESPECÍFICOS

2.2.1 Determinar el manejo de la información para el llenado del Cuadro de Mando Gerencial, por las instancias intermedias y servicios finales.

2.2.2 Identificar si los servicios finales e instancias intermedias analizan la información obtenida.

2.2.3 Identificar la utilización del Cuadro de Mando Gerencial por el Consejo Consultivo para la toma de decisiones en la gestión hospitalaria.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 HISTORIA DE LA SALUD

Los saberes o conocimientos relativos a los procesos de salud-enfermedad tienen origen en la vivencia del sufrimiento provocado por las dolencias en los seres humanos. La enfermedad era considerada inicialmente como una perturbación en el ejercicio habitual de la vida cotidiana de los hombres, sólo después en la conciencia y en la ciencia de los médicos.

En la antigüedad se creía que enfermarse era acercarse a Cristo (los hospitales eran manejados por religiosos para consolar, no para curar) y hay registros de las intenciones desarrolladas por los diferentes pueblos con el sentido de controlarlas, pero generalmente estas intervenciones eran la dimensión individual.

La salud internacional surgió frente al temor del cólera. El desarrollo industrial y comercial a inicios del siglo XIX fue el responsable de la difusión del cólera desde su reservorio en Bengala. Se puede agregar que en las Américas la salud internacional tuvo su origen en el temor a dos enfermedades epidémicas: cólera y fiebre amarilla. Este proceso, que culminó en una salud internacional americana, tuvo su origen en el Río de la Plata.

Entre 1880 y 1890 la sanidad pública recibía el aporte de los hallazgos bacteriológicos: se identifican los agentes causales de la tuberculosis, cólera (Koch), fiebre tifoidea (Eberth), neumonía (Frenkel) y fiebre amarilla (Reed). En 20 años el concepto del origen miasmático de las enfermedades transmisibles fue reemplazado por conocimientos con base experimental sobre agentes causales y mecanismos de transmisión.

En los años 80's el nuevo "orden mundial" inspirado en el neoliberalismo provoca una fragilización de los esfuerzos para enfrentar colectivamente los problemas de salud. La salud ha sufrido los mayores deterioros allí donde las economías no pueden garantizar ingresos adecuados para todos, los sistemas sociales se han colapsado y los recursos ambientales han sido inadecuados o mal administrados.

"El éxito para encerrar a algunos agentes requiere de un riguroso sistema de vigilancia epidemiológica que incluya también el control mediante organizaciones rigurosas" (Abecasis, 2002).

3.2 CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Los hospitales como las empresas más complejas que prestan servicios de salud requieren de una gerencia integral, con gran eficiencia en su gestión y toma de decisiones de forma oportuna, para alcanzar su sustentabilidad y es así como se visualiza la necesidad de implantar en ellos un modelo de gestión distinto al tradicional.

La prestación de servicios debe ser realizada a través de la organización de la gestión por procesos y propuestas innovadoras, con relación al factor humano, mediante la clasificación del personal según sus funciones y los requerimientos de disponibilidad del mismo que exigen los diferentes servicios del hospital.

Y es en este sentido que parte de las innovaciones en los hospitales de España “para que sean más competitivos y obtengan el máximo rendimiento tanto en recursos materiales como humanos, están enfocadas en la necesidad que sus gerentes realicen una gestión eficiente de toda la organización, en todos los niveles. Para conseguirlo y poder realizar esta gestión y toma de decisiones, los gerentes o Directores deben contar con herramientas de soporte adecuadas, cuyo uso efectivo permitirá a los hospitales alcanzar sus metas” (Consulting, 2008-2009).

Con la utilización eficaz de estas herramientas de gestión que son un factor clave para superar retos en los hospitales tales como:

- La seguridad en la práctica diaria de los centros hospitalarios: las herramientas de gestión pueden facilitar la consecución de uno de los objetivos prioritarios en los hospitales, la mejora del nivel de seguridad en el desempeño de su actividad diaria.
- La variabilidad de la práctica clínica: Es importante reducir la variabilidad de la práctica clínica, lo cual puede conseguirse a través del uso de herramientas como las guías de práctica clínica,
- Uso de sistemas de información para la mejora de la gestión y toma de decisiones por parte de los gerentes hospitalarios: lo cual se puede lograr a través de la utilización del Cuadro de Mando Gerencial y tableros de control internos.
- Enfoque hacia el paciente: para lograrlo los hospitales disponen de herramientas de gestión como la organización o gestión por procesos para centralizar la atención en el paciente.

Y es así que en la ciudad de México “la concepción de un modelo de gestión de unidades médicas se sustenta en los objetivos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y en particular en las estrategias asociadas al Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), el modelo de gestión es una propuesta para dirigir y administrar unidades de servicios médicos a través de un

enfoque innovador que se propone mejorar el desempeño de las unidades en la prestación de servicios de alta calidad y eficiencia” (Mexico, 2006).

“Este modelo plantea un hospital estructurado que busca la integración de los procesos clínicos, quirúrgicos, de auxiliares de diagnóstico y terapéutico, de provisión de servicios hospitalarios a personas internadas o en tratamiento ambulatorio , de provisión de servicios de apoyo a familiares, administrativos, jurídico-legales y de vinculación con el sistema de salud, en un esquema de dirección por procesos acordes a la infraestructura física y recursos materiales , tecnológicos, financieros y humanos necesarios para un desempeño óptimo de los servicios de salud”.

Así como también incluye “la necesidad que el hospital disponga de un sistema de información desarrollado a partir de un Cuadro de Mando Gerencial, utilizado como herramienta gerencial que facilite al Directivo o Gerente del hospital, la planeación, administración, dirección, control y evaluación de la organización y sus procesos e impulsar la optimización de recursos y el desarrollo de una gestión eficiente y toma de decisiones oportunas, para alcanzar los logros y metas ya establecidas en la búsqueda continua del más alto desempeño posible”. (Mexico, Innovaciones en gestión hospitalaria en Mexico, el caso de los hospitales regionales de alta especialidad/HRAE, 2006).

3.2.1 Teorías de la Administración: Teoría Organizacional

El enfoque de las teorías de la organización no puede ser concebida como cuerpo teórico uniforme sino como un cuerpo conformado por diversos marcos teóricos, es decir, ES DIVERSA, no es una sino muchas teorías. Por esto, la Teoría de la Organización puede ser considerada como un CAMPO DE BATALLA en el que cada corriente lucha por establecer sus interpretaciones y explicaciones acerca de las organizaciones a partir de su interés de análisis dado que el objeto de la teoría son las organizaciones modernas, esta puede ser considerada en primera instancia como LA RESPUESTA TEÓRICA A LOS PROBLEMAS ENFRENTADOS POR LA GRAN EMPRESA MODERNA, es decir, problemas de productividad, estructura estrategia, mercado, competencia, desarrollo tecnológico, etc., puede ser pues considerada como la conciencia teórica de la administración.

La teoría organizacional como indicativo del refinamiento de poder: desde el ejercicio de poder a través del cuerpo hasta el ejercicio de poder a través del alma. Los marcos teóricos de la Teoría Organizacional se han forjado bajo el techo de diversas disciplinas-economía, psicología, sociología, antropología, entre otras, por lo que puede ser considerada como una multidisciplinaria. De esta forma, se construye a partir de continuidades y rupturas, pero el conocimiento que de ella emerge se construye más por acumulación que por evolución.

Las organizaciones pueden ser consideradas como espacios estructurados en donde los individuos realizan diversos procesos productivos, decisorios, comunicativos, etc. -con miras a la consecución de ciertos objetivos personales y organizacionales, múltiples formas por la estructura y el ambiente/contexto en el que se desarrollan dichos espacios.

3.2.2 Corrientes Teóricas de la Teoría de la Organización

Características Generales	Administración Científica (T/F/F)	Relaciones Humanas	Burocracia	Comportamiento	Contingencia	Nuevas Relaciones Humanas
Concepción metafórica de la organización	Mecánica	Mecánica/Orgánica	Maquia (Estratégica)	Mecánica/Coalición política	Orgánica	Mecánica/Orgánica
Nivel de análisis	Individuo, procesos productivos, puesto de trabajo	Individuo, grupos pequeños, procesos productivos, organización	Organización e individuos, grupos	Individuos y organización	Organizaciones y ambiente	Individuos y grupos, organización
Parte de la organización emblemática, de la corriente teórica	Procesos productivos	Estructura informal	Estructura formal, reglas	Procesos decisorios	Estructura organizacional y ambiente/contexto	Individuo y estructura formal
Parte de la organización presente en el análisis organizacional	Individuo y Tecnología	Individuo y grupos pequeños	Individuo y grupo	Individuo y comportamiento	Tecnología	Grupos pequeños y estructura formal
Variable de análisis siempre implícita	Comportamiento, desempeño, productividad, eficiencia y cooperación	Comportamiento, desempeño, productividad, eficiencia y cooperación	Comportamiento, eficiencia y cooperación	Comportamiento, desempeño y cooperación	Configuración estructural, desempeño y cooperación	Comportamiento, eficiencia y cooperación

Corrientes Teóricas de la Teoría de la Organización

Características Generales	Administración Científica (T/F/F)	Relaciones Humanas	Burocracia	Comportamiento	Contingencia	Nuevas Relaciones Humanas
Interrogantes practicas	“Aumentar la producción por unidad de esfuerzo humano” (Taylor, 1994;84)	¿Era posible demostrar, en forma clara, el papel que aspectos como la iluminación, la fatiga, la monotonía, etc, desempeñaban en ciertas situaciones industriales? (mayo 1972; 55-56)	La disfunciones burocráticas como aspecto de ineficiencia administrativa (Merton, 2002)	No es corriente reconocer que una teoría de la administración debe ocuparse de los procesos de decisión como de los procesos de acción. Una teoría general de la administración debe incluir principios de administración que aseguren una toma de decisiones correcta (Simón, 1988.3)	Los primeros intentos en descubrir si los principios organizacionales establecidos por un cuerpo de teoría administrativa se correlacionan con el éxito de los negocios cuando son puestos en práctica (Woodwart, 1975;56)	¿Cuál es el balance entre las necesidades humanas y los requerimientos organizacionales (Argyris, 1975)
Función o técnica administrativa que origina	Departamentos de planeación de la producción	Departamento de entrevistas y posteriormente el Departamento de Recursos Humanos	Manuales de procedimientos de trabajo	Planeación Estratégica	Planeación Estratégica, Diseño Organizacional	Descentralización de las decisiones, delegación de responsabilidades, ampliación del cargo, autoevaluación del desempeño, desarrollo organizacional.

Corrientes Teóricas de la Teoría de la Organización

Características Generales	Administración Científica (T/F/F)	Relaciones Humanas	Burocracia	Comportamiento	Contingencia	Nuevas Relaciones Humanas
Principales aportes teóricos	Principios de administración científica, el principio del one best way, nueva forma de organización basada en la racionalización y control del proceso de trabajo, producción y demanda en masa.	El reconocimiento del individuo como ser humano, las relaciones informales, la relevancia del grupo, la organización como sistema socio técnico en constante equilibrio y el nuevo papel del administrador.	Tipo ideal de burocracia, funciones y disfunciones burocráticas, funciones latentes, definiciones de organización burocrática, capacidad estratégica del individuo (actor)	La racionalidad limitada, decisiones programadas y no programadas, organización como sistema decisorio, equilibrio organizacional, foco de atención, atención secuencial de metas, actitud organizativa, búsqueda de problemas, evitación de la incertidumbre, cuasi-resolución del conflicto, aprendizaje organizacional, organización como coalición política, incertidumbre y ambigüedad en la toma de decisiones.	Las relaciones entre la estructura de la organización y ambiente/contexto, el principio de all depends, organizaciones mecanicistas y orgánicas, y diferenciación e integración.	Inadecuación entre el individuo y la estructura formal (el reconocimiento del individuo como un ser humano capaz); jerarquía de las necesidades, teoría x-y y, teoría higiene motivación.
Concepción del individuo	Hombre económico, apéndice de la máquina	Hombre con sentimientos y con necesidad de hablar y ser escuchado	Hombre político y con capacidad estratégica	Hombre administrativo, tomador de decisiones bajo circunstancias de incertidumbre y racionalidad limitada	----- -----	Hombre motivado y competente
Autores relevantes	Taylor	Roethlisberger y Dickson, Mayo (círculo de Pareto de Harvard)	Weber, Merton, Blau, Gouldner, Crozier	Simon, March, Cyert	Woodward, Pugh, Lawrence y Lorsch, Burns y Stalker	Argyris, Herzberg, Maslow, McGregor, Likert

Corrientes Teóricas de la Teoría de la Organización

Características Generales	Administración Científica (T/F/F)	Relaciones Humanas	Burocracia	Comportamiento	Contingencia	Nuevas Relaciones Humanas
Aspectos Metodológicos	Observación y experimentación de estudios de tiempos y movimientos	Observación de grupos pequeños, entrevistas y discusiones de grupo	Estudios de caso	Análisis (lógico) de los procesos decisivos	Estudios comparativos de un gran número de organizaciones con ayuda de la estadística y la informática	Investigaciones y análisis teórico
Soporte Disciplinario	Ingeniería industrial, (Micro) economía, psicología, sociología, administración pública, ciencia, política.					

3.2.3 Servucción

(Gestión hospitalaria Jaime Varo 1994)

La calidad del servicio depende de la calidad de los elementos de Servucción-el soporte físico, el personal y los clientes-y de la coherencia entre ellos.

La calidad de los elementos físicos utilizados en la prestación de servicios está condicionada por:

- La calidad intrínseca: Tiene influencia directa sobre la calidad del servicio, además de afectar la percepción del mismo.

- La complejidad: Las nuevas tecnologías permiten conseguir más y mejores prestaciones del servicio.
- La facilidad de mantenimiento: Tanto si lo utiliza el personal como si lo usa el cliente, permite una mejor y más fácil prestación del servicio.

La calidad del personal de las empresas de servicio está ligada a:

- La cualificación profesional: es la aptitud del personal para desarrollar sus funciones técnicas.
- La disponibilidad: Es la actitud del compromiso con el servicio; significa la respuesta del personal, siempre que el cliente lo necesita.
- La presencia o apariencia física: forma parte de los elementos tangibles del servicio y constituye un factor de imagen y de seguridad. En los clientes, la calidad del servicio.

3.2.4 Elementos Organizacionales

En cuanto a la organización se puede decir que es una institución social con un comportamiento finalista racional intelectual. Finalista porque sus miembros tratan de alcanzar metas comunes, sujetos a restricciones y normativas comunes, racional e intelectual porque lleva implícita una coordinación individual y grupal, orientada al cumplimiento de actividades programadas con la finalidad

de hacer que la institución alcance los objetivos propuestos de una estructura en un determinado período.

3.3 Desarrollo Organizacional

“Se tiene que Beckhard (1969) define el Desarrollo Organizacional como un esfuerzo planeado que abarca toda la organización, administrado desde arriba, para aumentar la eficiencia y salud de la organización, a través de intervenciones planeadas en los procesos organizacionales, usando conocimientos de la ciencia del Comportamiento.”

“Para Bennis (1969), el Desarrollo Organizacional es una respuesta al cambio, una compleja estrategia educacional con la finalidad de cambiar creencias, actitudes, valores y estructura de las organizaciones, de modo que estas puedan adaptarse mejor a nuevas tecnologías, nuevos mercados y nuevos desafíos, y al aturdidor ritmo de los propios cambios.”

“A su vez, Gordon Lippit (1969) caracteriza el Desarrollo Organizacional como el fortalecimiento de aquellos procesos humanos dentro de las organizaciones, que mejoran el funcionamiento del sistema orgánico para alcanzar sus objetivos.”

“Según Hornstein, Burke y sus coeditores (1971), el Desarrollo Organizacional es un proceso de creación de una cultura que institucionalice el uso de diversas tecnologías sociales para regular el diagnóstico y cambio de comportamiento entre personas, entre grupos, especialmente los comportamientos relacionados con la toma de decisiones, la comunicación y la planeación en la organización.”

“Buscando lo esencial como definición el Desarrollo Organizacional es un proceso de cambios planeados en sistemas socio-técnicos abiertos, tendientes a aumentar la eficacia y salud de la organización para asegurar el crecimiento mutuo de la empresa y sus empleados.”

3.3.1 Conceptuación del Desarrollo Organizacional

Los conceptos operacionales o la filosofía laboral más adecuados para explicar el Desarrollo Organizacional contienen ciertas premisas y valores:

El Desarrollo Organizacional debe ser un proceso dinámico, dialectico y continuo; de cambios planeados a partir de diagnósticos realistas de situación. Utilizando estrategias, métodos e instrumentos que miren a optimizar la interacción entre personas y grupos, para constante perfeccionamiento y renovación de sistemas abiertos técnico-económico-administrativo de comportamiento; de manera que aumente la eficacia y la salud de la organización y asegurar así la supervivencia y el desarrollo mutuo de la empresa y de sus empleados.

El desarrollo Organizacional requiere visión global de la empresa , enfoque de sistemas abiertos, compatibilización con las condiciones de medio externo, contrato consciente y responsable de los directivos, desarrollo de potencialidades de personas, grupos, subsistemas y sus relaciones (internas y externas). Institucionalización del proceso y auto sustentación de los cambios.

El Desarrollo Organizacional implica valores realísticamente humanísticos (la empresa para el hombre y el hombre para la empresa), adaptación, evolución y/o renovación, esto es cambios que, aunque fueran tecnológicos, económicos, administrativos o estructurales, implicarán en último análisis modificaciones de hábitos o comportamientos.

El Desarrollo Organizacional no es (no debe ser) un curso o capacitación (aunque esto sea frecuentemente necesario), solución de emergencia para un momento de crisis, sondeo o investigación de opiniones, solamente para información, intervención aislada y por esto desligada de los procesos gerenciales normales, iniciativa sin continuidad en el tiempo, una especie de laboratorio en una isla cultural aislada.

No debe ser un esfuerzo de especialistas y otras personas bien intencionadas, pero sin compromiso de los ejecutivos responsables, una serie de reuniones de diagnóstico, sin generar soluciones y acciones, maniobra de algún ejecutivo para obtener o preservar poder, prestigio o ventajas a costa de otras personas, proceso para explorar, manipular, perjudicar o castigar individuos o grupos, un medio de hacer que todos queden contentos, o algo que termine siempre en un final feliz.

La novedad traída por la nueva praxis del Desarrollo Organizacional consiste en ir más allá de los habituales objetivos de mayor eficiencia y productividad. Ir más allá de la maximización de las ganancias u optimización de servicios, de la búsqueda de la eficacia: asegurar también la salud organizacional, compatibilizar la eficacia y salud, maximizándolas e integrándolas. (Faria, 1988)

3.4 GESTIÓN

Es una herramienta de administración, dice que básicamente la gestión se encarga de **ejecutar todas aquellas órdenes planificadas por la administración**, en este caso, de empresas. Más específicamente, la definición de gestión nos indica que se trata de la realización de diligencias enfocadas a la obtención de algún beneficio, tomando a las personas que trabajan en la organización, como recursos activos para el logro de objetivos. La gestión se

divide en todas las áreas que comprenden a una empresa, ya que todos los departamentos que la administración tiene bajo su cargo, deben estar involucrados con la gestión empresarial.

“La gestión, entendida en términos contemporáneos, es el procedimiento de adecuación de recursos de cualquier índole a aquellos fines para los cuáles han sido recabados los recursos” (Daccordi A. Horacio).

En términos generales, por el término de gestión se referirá a la acción y al efecto de administrar o gestionar un negocio. A través de una gestión se llevarán a cabo diversas diligencias, trámites, las cuáles, conducirán al logro de un objetivo determinado, de un negocio o de un deseo que lleva largo tiempo en carpeta, como se dice popularmente.

También y a la par de esto, en una gestión habrá que dirigir, gobernar, disponer, organizar y ordenar el logro de los objetivos propuestos. De lo dicho se desprende que la gestión es una tarea que requerirá de mucha conciencia, esfuerzo, recursos y buena voluntad para ser llevada a cabo satisfactoriamente.

Una gestión entonces, podrá estar orientada a resolver un problema específico, a concretar un proyecto, un deseo, pero también puede referir a la dirección y administración que se realiza en una empresa, una organización, un negocio, e

incluso a nivel gobierno, es común que la tarea que lleva a cabo el gobierno de un determinado país sea también denominada como gestión. También es un proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otros individuos. Es la capacidad de la institución para definir, alcanzar y evaluar sus propósitos, con el adecuado uso de los recursos disponibles.

3.4.1 Modelos de Gestión y Eficacia en América Latina

Supuestos y Conceptos Generales

Gestión y Política

El proceso de proveer (movilizar y asignar) recursos, organizarlos y utilizarlos para la producción de determinados bienes y/o servicios con la funcionalidad de satisfacer necesidades/demandas es la esencia de la gestión, en particular de la gestión pública. En este sentido la gestión implementa y complementa a la política en un continuo de decisiones y acciones hacia los objetivos. Mientras la política tiene su ámbito más específico en la estructuración y uso del poder para la asignación de valores (objetivos, procesos principistas y prioridades) por el Estado y en la Sociedad, la gestión se preocupa en darles factibilidad y contribuir para la viabilidad de las decisiones políticas.

No hay, sin embargo, una separación, estanque o precisa entre esos dos grandes quehaceres sociales: la Política se apoya en la gestión y sus instrumentos y se prolonga en su proceso (de gestión) siempre que las decisiones a ser tomadas contengan significativamente expresiones de valor o afecten a la estructura o al balance del poder.

La gestión es así parte del proceso político, por sí misma, un proceso también político, por ende, en que los actores asumen, continúa y simultáneamente, diferentes papeles (político o de gestión en un sentido estricto). La interrelación entre Gestión y Política es tan intensa que se podría entenderlas como momentos de un mismo proceso; preferimos, sin embargo, considerarlas como procesos distintos, imbricados entre sí, con campos de acción y responsabilidades identificables. En ese supuesto la Gestión “sirve” a la Política al tiempo que ayuda a conformarla y la modifica en su aplicación.

3.4.2 Gestión y Reforma como propuesta política

Una “Reforma de Salud o del Sector Salud”, es inicialmente una propuesta política:

Define objetivos y estrategias de acción, fuentes y volumen de recursos y su asignación (prioridades), en síntesis, trata de asignar valores a la sociedad y modificar a la estructura y el uso del poder. Generará siempre controversia y

conflictos inversamente proporcionales al nivel de consenso que la sustente y directamente proporcional a la variedad de intereses relevantes amenazados y a la capacidad de influencia de los actores sociales a que pertenecen. La primera condición, por lo tanto, para el éxito de una reforma, es la construcción de su viabilidad política.

3.4.3 Reforma como propuesta de gestión

Si la reforma quedara solamente en sus componentes esencialmente políticos sería sólo un enunciado de deseos o aspiraciones. Incluso las estrategias generales, mencionadas anteriormente como formulaciones básicamente políticas, no se sustentan operacionalmente por sí mismas: expresan preferencias por cursos de acción políticamente valorados pero no especifican las operaciones y medios para concretarlos.

La Reforma adquiere consistencia y concreción por la manera como se debe realizar la propuesta política por medio de la gestión. La Reforma en salud es pues también una propuesta de gestión y, como tal, dispone (o debe) sobre el cómo y con que se debe operar para alcanzar objetivos propuestos.

En esa dimensión de gestión, la reforma en salud debe contemplar, por lo menos, los siguientes aspectos:

- a) La gestión política: Que comprende a las disposiciones de apoyo a las acciones políticas para la construcción y manutención de la viabilidad. Son típicas de esa área los análisis situacionales, la identificación, caracterización y comunicación con los actores relevantes, los componentes específicos de producción y distribución de información, y en especial, el apoyo a las actividades de organización y capacitación y los mecanismos facilitadores de la participación social.
- b) La reforma en su contexto: Comprendiendo la inserción de la salud y del Sector Salud en el proyecto de desarrollo y los aspectos generales de la gestión en salud en la gestión general del Estado.
- c) Organización institucional: La “nueva” estructuración del sector es componente crucial de la Reforma. Comprende el rediseño formal y funcional del sistema reformado para el cumplimiento, con máxima eficiencia y eficacia, de las acciones requeridas para la realización de los objetivos de la reforma; en sentido estricto es lo que aparece como lo principal de la reforma, llegando en casos, a constituir su única expresión.

Puede abarcar prácticamente a todos los aspectos organizacionales del sector con niveles de detalle variables, pero debe, al menos, contener las instrucciones necesarias suficientes para orientar los diseños detallados posteriores requeridos por la operación.

Los siguientes aspectos o dimensiones de la organización deben ser considerados:

- La mezcla público/privada en la atención de la salud: las responsabilidades de cada subcomponente, clientelas y coberturas y las reglas generales de funcionamiento de cada uno y sus relaciones, que pautaran a la naturaleza de las funciones de regulación y vigilancia correspondientes. Es también importante definir opciones estratégicas de gestión en cuanto a la utilización del mercado y sus instrumentos en la “producción de salud” y su complementariedad con la gestión pública.
- Complementando a lo anterior es conveniente precisar los roles del Estado y del Sector Público en general y las orientaciones de su actuación, en particular a la definición del balance deseado entre centralización y descentralización, las responsabilidades correspondientes a los diferentes niveles de gobierno (político-administrativo) y los requerimientos de su aplicación.
- El ajuste de las instituciones que integran al sistema y sus relaciones dentro de él.
- En la definición de responsabilidades adquiere importancia la separación de funciones con relaciones de dependencia directa y cuya ejecución, por una misma organización, ofrece riesgo significativo de conflicto de interés y perturbaciones/distorsiones de alguna de ellas, por ejemplo:

regulación/vigilancia y ejecución, financiación (asignación especialmente) y producción, etc.

- d) Organización de la atención: “El modelo” de atención es medular a todos esos procesos y es central para la eficacia del sistema. El balance y la complementariedad entre las funciones generales de la atención, bajo la procedencia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es el factor principal para la eficacia del Sistema de Salud y norteará todo el proceso de gestión.

La jerarquización de establecimientos (niveles de complejidad) y, la regionalización (relación funcional en espacios geo demográficos determinados) son indispensables a la eficiencia y, junto con otras medidas, tales como la focalización, calidad, programas especiales, etc., fundamentan la factibilidad de principios u objetivos como la universalidad, la equidad y la misma eficiencia.

- e) Participación social: Una posición clara sobre la materia definirá una condición esencial de la gestión en salud.
- f) Financiamiento: La identificación de las fuentes y formas de financiación, son complementadas, con base en criterios de prioridad, por las asignaciones primarias. Al mismo tiempo se determinan las formas de pago (contrato, compras, pagos propiamente tales) que constituyen instrumentos poderosos de aplicación de las estrategias de gestión escogidas (competición, productividad, responsabilización, etc.).

- g) Recursos tecnológicos e inversiones: Las definiciones en esa área orientan la mantención y expansión de la capacidad (física) productiva del sistema, conformándola para la producción requerida de acuerdo con los objetivos, estrategias y modelos de atención adoptados.
- h) Recursos Humanos: Componente crítico en el proceso de gestión, y, por lo tanto, vital para la reforma. La disponibilidad de recursos humanos adecuados a las diversas funciones en el proceso y de condiciones de trabajo idóneas es, en efecto, condición indispensable para el éxito de todo el proceso.
- i) Información, control y evaluación: Así como los recursos humanos constituyen el factor productivo esencial, la información es el “insumo” fundamental: información sobre la situación de salud y sus tendencias, para la administración en general, para la capacitación del personal y de la población, para la vigilancia, el control y la evaluación, cuyos mecanismos y procesos deben estar delineados. En el caso del sector público, particularmente, la información debe ser una responsabilidad fundamental incluyendo a la información para el público que permite la transparencia, el control de responsabilidades y la capacitación de la población para asumir sus propias responsabilidades y participar efectivamente.
- j) “Regulación y Vigilancia: Áreas bajo regulación y vigilancia y responsabilidades específicas”. (Solimano G. Vergara, 1999, pag. pag 49)

k) Otros recursos: Insumos críticos y abastecimiento: La reforma como gestión debe cuidar también que los insumos necesarios estén oportunamente disponibles para la realización de las tareas/actividades esperadas.

3.4.4 Gestión y Gestores

Las organizaciones manejadas por gestores son los motores que impulsan a las tres economías mundiales dominantes: Estados Unidos, Japón y Alemania.

Una organización puede contar simplemente con una sola persona, o con más de 700,000 empleados, como es el caso de General Motors. La economía industrial urbana que fue emergiendo en Estados Unidos a lo largo del siglo pasado, se basó en inversiones masivas tanto en maquinaria como en capital humano.

Los gestores y directivos fueron elementos imprescindibles para planear, dirigir y controlar las organizaciones que dieron lugar a la economía industrial urbana.

Hoy en día, son ellos los que dirigen y supervisan el trabajo y el rendimiento de los demás empleados que no están en el área de gestión.

3.4.5 Clasificación de la Gestión

La Gestión como disciplina: Clasificar la gestión como una disciplina implica que se trata de un cuerpo acumulado de conocimientos susceptibles de

aprendizaje mediante el estudio. Así pues, la gestión es una asignatura con principios, conceptos y teorías.

Estudiamos la gestión para entender esos principios, conceptos y teorías y para aprender la manera de aplicarlos en el proceso de la gestión empresarial.

La Gestión como carrera: “José Cárdenas está ascendiendo rápidamente en nuestra división de mejoramiento de la calidad. Ha desempeñado ya tres cargos de dirección y ahora, tras diez años de trabajo, va a ser ascendido a vicepresidente” José ha recorrido una secuencia de puestos de trabajo en su carrera profesional. Tiene una carrera de gestión.

Los diferentes significados e interpretaciones del término gestión pueden interrelacionarse de este modo: las personas que quieren tener una carrera como gestores deberán estudiar la disciplina de gestión como medio para poner en práctica el proceso de gestión. Así, pues, definimos la gestión como el proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que cualquier otra persona, trabajando sola, no podría alcanzar.

¿Ha dicho usted alguna vez: “Esta empresa está mal gestionada”, “La otra dirección es totalmente incompetente” o “La dirección está logrando éxitos en

todos los aspectos”? Si es así, ¿Qué significaban estas expresiones? Estas implicaban que 1) La gestión es un determinado tipo de trabajo y 2) Algunas veces las actividades se llevan a cabo adecuadamente, pero otras veces no.

La gestión es un proceso que comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo a fin de lograr los objetivos de la empresa. En la gestión, los directivos utilizan ciertos principios que les sirven de guía en este proceso.

3.4.6 Gestión por procesos

La gestión por procesos es la forma de gestionar toda la organización, basándose en los procesos. Entendiendo como proceso la secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que satisfaga los requerimientos del cliente.

Otros términos que se relacionan con la gestión por procesos y que son necesarios tener en cuenta para facilitar su identificación, selección y definición posterior son los siguientes:

Proceso: Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos.

Proceso clave: Son aquellos procesos que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y son críticos para el éxito del negocio.

Subprocesos: Son partes bien definidas en un proceso. Su identificación puede resultar útil para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso.

Sistema: Estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar una gestión determinada. Normalmente están basados en una norma de reconocimiento internacional que tiene como propósito servir de herramienta de gestión en el aseguramiento de los procesos.

Procedimiento: Forma específica de llevar a cabo una actividad. En muchos casos los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; que debe hacerse y quien debe hacerlo, cuando, donde y como se debe llevar a cabo, que materiales, equipos y documentos deben utilizarse y como debe controlarse y registrarse.

Actividad: Es la suma de tareas, normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso. Normalmente se desarrolla en un departamento o función.

Proyecto: Es una serie de actividades encaminadas a la consecución de un objetivo, con un principio y final claramente definidos. La diferencia fundamental con los procesos y procedimientos estriba en la no repetitividad de los proyectos.

La gestión por procesos es útil para:

- Mejora continua de las actividades desarrolladas
- Reduce la variabilidad innecesaria
- Elimina las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las actividades
- Optimiza el empleo de los recursos

Organizar por procesos con atención al valor que estos crean para la organización y sus clientes y no mediante la mera optimización aislada de funciones, tales como marketing “o mercadeo”; finanzas, producción, comercialización, ventas, recursos humanos, etc. Es un principio gerencial que permite avanzar por sobre todos los principios de la organización burocrática del trabajo y sus modalidades de producción y entrega de servicios.

3.5 Efectividad

“Efectivo es todo aquello que produce los efectos que se esperan; consecuentemente, EFECTIVIDAD es el grado en el que se producen esos efectos esperados. Las organizaciones difieren entre sí por su capacidad de logro, las hay más efectivas, así como también menos efectivas. Una organización más efectiva es aquella que produce los efectos que se esperan y,

por tanto una menos efectiva es la que no produce todos ellos.” (S & Serralde S., Que es la teoria de la efectividad organizacional).

3.6 Eficiencia

“Es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. En economía, eficiencia es un concepto que describe la relación entre insumos y resultados en la producción de bienes y servicios. Esta relación puede medirse en términos físicos (eficiencia técnica) o términos de costo (eficiencia económica)” (Dra. Rosa Maria Lam Diaz).

3.7 Eficacia

Es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, sin que priven para ello los recursos o los medios empleados.

3.8 Gestión hospitalaria

“Relación existente entre la estructura y el proceso de los servicios de salud y los productos obtenidos en el campo científico, administrativos y financieros en un período determinado, generalmente 1 año” (Malagon-Londoño G. M., 2000).

3.8.1 Niveles de Gestión Hospitalaria

- Gestión de la asistencia sanitaria individual: Se refiere a la elección de un determinado tratamiento o intervención, se basa en la eficacia de la primera decisión profesional.
- Gestión de los procesos asistenciales: Tiene que ver con la efectividad clínica, el análisis y mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos.
- “Gestión de la utilización de los recursos: Implica asumir responsabilidad sobre la eficiencia” (Prosperi J. L., 2003)

3.8.2 Sistemas de control de gestión hospitalario

Cualquier sistema de control de gestión debe estar soportado sobre la base de las necesidades o metas que se trace la organización. Estas metas pueden ser asumidas como los objetivos que ha decidido alcanzar la organización en función de su misión, o lo que es lo mismo, su razón de ser.

El hecho de que el sistema de control de gestión se defina y oriente por los objetivos propios de una organización, le imprime una condición estratégica, pues estará diseñado para evaluar la ejecución de los diversos subsistemas que integran el sistema, en función del cumplimiento de dichos objetivos y al mismo tiempo aportará información para la toma de decisiones estratégicas.

Cada objetivo debe estar debidamente formulado y ajustado a las realidades del ambiente, tanto externo, como interno del y a los requerimientos objetivos y subjetivos de la organización.

“El seguimiento de la evolución del entorno facilita el establecimiento de la relación y el reajuste, en caso de ser necesario, la forma en que se alcanzarán los objetivos planteados y hasta replantearlos parcial o totalmente. Para lograrlo es necesario que el sistema de control funcione de tal forma que permita obtener la información necesaria y en el momento preciso.

Debe permitir conocer que está sucediendo alrededor y tomando como base las vías escogidas para llegar al futuro (Estrategias), conocer la reacción a esos cambios externos. Muchas veces, los cambios externos exigen cambios internos y se hace imprescindible conocer cómo y cuándo cambiar”.

Un sistema de control con un enfoque estratégico, debe ser capaz de medir el grado de cumplimiento de esos objetivos.

Un sistema de control de gestión hospitalario debe incluir como requisito fundamental los siguientes aspectos dentro de sus “productos finales”:

- Un sistema de control de gestión por resultados
- Un documento de metodología de recolección y análisis de datos

- Un conjunto de indicadores de evaluación de gestión contruidos y calculados
- Un sistema ejecutivo de información para el análisis de indicadores
- Un proceso definido para la recolección periódica de información de indicadores
- Una documentación (formularios y manuales) de apoyo al proceso de recolección
- Unidades de control de gestión

3.8.3 Control de la Gestión

3.8.4 La existencia del control de gestión en la empresa

La primera cuestión previa que se plantea es definir que es el control desde el punto de vista de la empresa o de otro tipo de organización que necesite un sistema para controlar los efectos económicos de su actividad.

En la vida real empresarial, el control se define como aquella situación en la que se dispone de conocimientos ciertos y reales de lo que está pasando en la empresa, tanto internamente como en su entorno y permite planificar en cierta manera lo que pasará en el futuro. Así la empresa como organización estructurada debe obtener un sistema que controle su situación interna y externa.

De esta manera el control en la empresa es necesario cada vez más debido a las siguientes causas: está en crecimiento o expansión, existe una competencia y entorno cambiante, se producen cambios tecnológicos y en los hábitos de consumo. El control en la empresa es necesario y surge como una necesidad para poder valorar, evaluar y mejorar la gestión de la misma en toda su amplitud.

El control de gestión es un instrumento administrativo creado y apoyado por la dirección de la empresa que le permite obtener las informaciones necesarias, fiables y oportunas, para la toma de decisiones operativas y estratégicas. El control de la gestión es el proceso que mide el aprovechamiento eficaz y permanente de los recursos que posee una empresa para el logro de los objetivos previamente fijados por la dirección, tiene un papel fundamental como sistema de información para la misma.

El control de la gestión desde el punto de vista global permitirá:

- Reducir los riesgos y contingencias del negocio
- Dirigir por objetivos asignados a los diferentes responsables y controlar el grado de cumplimiento
- Anticipar el futuro a largo plazo (planificación estratégica)
- Adaptar y modificar la estructura y dimensión de la empresa en fundación de los resultados obtenidos

- Adaptar y modificar los objetivos a largo plazo en función de los resultados obtenidos y esperados.

3.8.5 Niveles del control de gestión

La creación y aplicación del control de la gestión tiene diferentes niveles que deben seguir un orden; primero, debe existir un nivel mínimo de control que da respuesta a cómo evoluciona en la actualidad la empresa; segundo, debe existir un sistema de control presupuestario que da respuesta a que pasara a corto plazo en la empresa, y por ultimo un sistema integrado de gestión que dar respuesta a como evolucionara la empresa en el largo plazo.

Primer nivel: existencia de un mínimo control

Es el nivel mínimo de control que debe poseer la empresa para poder ser gestionada de forma eficiente; es un proceso previo a la fijación de objetivos y a la utilización de presupuestos, pues estos necesitan de una base de información fiable y muy actual y de una estructura organizativa eficiente y competitiva. Sus principales características son:

- Análisis de la situación actual en la empresa en el ámbito de su gestión diaria
- Identificación de los principales riesgos y ventajas competitivas

- Valoración del funcionamiento de su estructura organizativa y de los procedimientos administrativos de los diferentes departamentos.
- Conocimiento inmediato de los resultados obtenidos mediante el informe de control de gestión de forma periódica y pueden ser comparados con los de periodos anteriores.
- Elaboración del informe de control de gestión: análisis de la cuenta de explotación, balance y principales indicadores de gestión, de forma mensual y acumulada, comparada con el periodo anterior.

Segundo nivel: control presupuestario y previsiones

Se deben asignar las responsabilidades y los objetivos en valores económicos a cada departamento como responsable en forma de presupuesto. Sus principales características son:

- Anticipar al futuro a corto y mediano plazo para eliminar los imprevistos, coordinando de forma conjunta los medios de toda la organización.
- Analizar y corregir las desviaciones de los resultados reales respecto a los objetivos previstos.
- Redefinir objetivos y responsabilidades en función de los resultados obtenidos
- Definir la estructura organizativa más eficiente para cada departamento y al responsable correspondiente.

- Elaboración del informe de control de gestión de forma mensual y acumulada para poder ser comparados los datos reales y presupuestados.
- Confección del plan financiero anual: cuenta de explotación, balance e indicadores de gestión.

Tercer nivel: control integrado de gestión

De esta forma nos anticipamos al futuro mediante el establecimiento de un sistema de análisis y evaluación de forma continua de las estrategias futuras de la empresa. En este nivel se consigue planificar la estrategia de la empresa a largo plazo (máximo 3 años) y poder llevar así la aplicación del sistema de control de gestión hasta sus últimas consecuencias. Sus principales características son:

- Anticipar los resultados de la planificación estratégica a largo plazo para minimizar los riesgos, amenazas y contingencias que afectan a la empresa.
- Preparar un plan que tenga en cuenta las posibles crisis que puedan afectar a la empresa.
- Gestionar la empresa en función de responsabilidades y objetivos fijados en la planificación estratégica.
- Evaluar la dimensión y estructura organizativa de la empresa según los resultados previstos.
- Modificar la estrategia a corto y largo plazo en función de los resultados obtenidos

- Elaboración de un plan estratégico general que incluirá: objetivos y planes por departamentos y un plan financiero a tres años vista.
- Elaboración de un informe de control de gestión por departamentos, y de forma general para un plazo de tres años vista como mínimo.

3.8.6 Factores que influyen sobre el control de gestión

Los factores que afectan al concepto de control de gestión asumido y entendido por todos los responsables de la empresa van a determinar en el futuro las exigencias y nivel de calidad de todos los componentes del sistema de control de gestión.

Factores internos a la empresa

Pueden influir en el grado y la forma de control de gestión a implantar:

- El sistema de organización y estructura de la empresa u organigrama
- El tipo y estilo de la dirección o de los propietarios
- La forma de plasmar la estrategia y las prestaciones del sistema de información
- El tipo de personal y el sistema de retribución existente
- La existencia de un responsable del control de gestión y el nivel de autonomía de este

- La existencia de una necesidad de control y un sistema de control de gestión eficaz.

Factores externos de la empresa

Pueden influir en el grado y la forma de control de gestión a implantar:

- La existencia de mercados abiertos a nivel internacional ha permitido poder operar con los productos y clientes de diferentes países o mercados
- La competencia externa también es muy diversa, lo que obliga a adaptar las estrategias de forma diferente
- La actividad, el sector y la posibilidad de poder ampliar los productos y mercados.
- Cambios en los hábitos y las exigencias de calidad de los clientes, lo que ha implicado tener mayores gamas de productos.
- Las diferentes legislaciones a aplicar en función de la región o país.
- La utilización de las nuevas tecnologías para promocionar mejor los productos.

3.8.7 Requisitos del control de gestión

Los requisitos de control de gestión son aquellas características generales que todo sistema de control debe cumplir como mínimo para que sea eficaz para alcanzar los objetivos:

- Debe permitir saber si la empresa está controlada, y si además se controla lo verdaderamente importante.
- Debe contener un sistema de control preventivo que permita poder prever la evolución de los acontecimientos futuros.
- Debe servir como sistema para poder controlar el grado de cumplimiento de los objetivos y de los resultados obtenidos.
- Debe servir como sistema de información, para que cada área de la empresa y/o responsable reciba la información que necesite para el control de los objetivos y la toma de decisiones.
- Debe permitir medir la capacidad de todos los recursos de la empresa para que sean eficaces en la consecución de los objetivos.
- Debe permitir conseguir que los individuos estén motivados para alcanzar todos los objetivos previstos.
- Debe servir como herramienta de control de gestión global de la empresa y ser utilizado por todos los responsables.

3.8.8 Objetivos del control de gestión

Los objetivos del control de gestión van unidos al desarrollo del sistema de información que posee la empresa y afecta a todos los responsables y departamentos de la misma. Mediante su consecución se crea una relación

global entre los mismos. Los objetivos deben plasmar una cuestión concreta y como se alcanza. De esta manera podemos definir los principales objetivos:

- Control de la evolución de la empresa desde un punto de vista de valores económicos e indicadores.
- Atribuir responsabilidades a los diferentes responsables mediante el establecimiento de objetivos y su posterior cumplimiento.
- Desarrollar un sistema de control a corto plazo mediante el informe de control de gestión.
- Establecer un sistema de planificación estratégica en la empresa a largo plazo.
- Racionalizar las estructuras jerárquicas y funcionales de la empresa.
- Optimizar el funcionamiento interno del sistema de información, los circuitos administrativos y la forma de transmitir la información.
- Controlar la evolución de la empresa desde un punto de vista de evaluación de datos económicos en general.
- Medir la actuación de los diferentes responsables mediante el establecimiento de objetivos y su posterior cumplimiento.
- Desarrollar el sistema de control mediante el informe de control de gestión, que permita medir los aspectos clave del negocio.
- Evaluar el grado de implantación del sistema de planificación estratégica en la empresa.

- Medir la eficacia en la gestión de las estructuras jerárquicas y funcionales de la empresa.

3.8.9 Limitaciones del control de gestión

El control de gestión se ve amenazado porque también existen limitaciones o una serie de efectos que producen las diferentes variables, como son:

- La situación coyuntural en que se encuentra la empresa respecto a todas las variables que están incluidas en su entorno: clientes, competencia, legislación, normas, proveedores, materias primas.
- La forma o el tipo de objetivos plasmados en la planificación estratégica condicionan el control de gestión.
- La estructura de la empresa, los departamentos, los responsables y la forma en que se asumen las responsabilidades condicionara al control de gestión.
- El tipo de empresa según su tamaño y volumen de negocio implica que el control de gestión sea diferente según sea mayor el tamaño de la empresa y exista una mayor necesidad de control.
- La historia, los principales acontecimientos, la conducta humana de sus trabajadores y directivos hacen que el control de gestión sea diferente en cada empresa.
- Entender el control de gestión como un sistema de control policial, es decir utilizarlo y entenderlo como un proceso que solo sirve para controlar lo que

pasa en la empresa y no utilizarlo como un sistema de autocontrol para poder efectuar una mejora continua y evitar peores consecuencias en el futuro.

- La formación, capacitación y las cualidades de todos los trabajadores y directivos de la empresa limitan que se pueda tener un control de la gestión más o menos desarrollado.
- La cultura de la empresa es un factor de limitación fundamental y puede estar representada por infinidad de factores como son la propiedad, la forma de la dirección, la formación de los trabajadores, el tipo de directivos. En definitiva es un factor determinante.

3.9 Cuadro de Mando Gerencial

“Diversos estudios efectuados en Europa y Norte América señalan que entre el 30 y 60% de las organizaciones de tamaño mediano y grande han revisado de manera significativa sus sistemas de medición de resultados en los últimos años.” (Barrubés, 2012, págs. 919-927).

El interés por la gestión estratégica no es reciente; ya en los años ochenta con la modernización del sistema sanitario, muchas organizaciones empezaron a adoptar procesos formales de formulación de la estrategia, este proceso alcanzó su máxima generalización a finales de los años noventa.

Es en este sentido, y al menos en organizaciones a partir de un tamaño y una complejidad mínimas, los sistemas formales de medición y seguimiento de resultados son fundamentales para guiar y poner a prueba dicha implementación. “A mediados del siglo pasado el Cuadro de Mando se empezó a popularizar como un instrumento de gestión con el potencial para abordar la medición y el seguimiento de resultados a partir de un enfoque novedoso y para contribuir efectivamente a una mejor implementación de la estrategia.” (Barrubés, 2012, págs. 919-927).

Es uno de los modelos más extendidos entre esta nueva generación de sistemas de medición de la actuación; corresponde a los instrumentos utilizados por autoridades y equipos de aseguramiento y mejora de la calidad, que muestran de forma esquemática, completa y sencilla, información sobre el desempeño y resultados obtenidos en términos de la calidad de la gestión y entrega de servicios.

El Cuadro de Mando Gerencial permite comparar rápidamente los resultados obtenidos con la situación “deseada o esperada” establecida en las normas e indicadores y umbrales de la calidad de la gestión y de la atención a la salud.

Está constituido por un conjunto ordenado y organizado de indicadores, de cada sistema y proceso de gestión y/o prestación de servicios. Facilita el monitoreo

rápido y objetivo del desempeño de la organización y sus resultados en términos de calidad.

Su uso periódico y sistemático permite el desarrollo de procesos participativos de mejora e innovación continua de la gestión y provisión de los servicios.

“En este consolidado se resumen los resultados según líneas específicas de actuación del hospital, comparando lo logrado con el estándar establecido. Es en el Cuadro de Mando Gerencial donde se identifican los avances en la gestión del hospital en base a los resultados mostrados en los indicadores. El análisis de estos resultados permite identificar las causas y orienta sobre posibles alternativas para la toma de decisiones” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013).

3.9.1 Utilidad del Cuadro de Mando Gerencial

- Mostrar una representación esquemática, completa e integral de todo el desarrollo de la gestión y provisión de servicios.
- Analizar únicamente la información relevante y clave para verificar el grado de cumplimiento y avance obtenido
- Monitorear en forma objetiva, medible, sencilla, de fácil comprensión y uso, los resultados avances y logros en la gestión
- Identificar oportunamente errores, vacíos o desviaciones
- Facilitar el análisis de los factores causantes de las variaciones en particular

- Efectuar las reorientaciones y ajustes necesarios y aportar la construcción de mejoras o nuevas formas de intervención.
- Sustentar en evidencia, la toma de decisiones correctivas o de mejora, en forma sistemática, oportuna y darle la orientación que asegure su efectividad.
- Crear condiciones para el aprendizaje, la mejora e innovación continua a través del trabajo en equipo de los grupos involucrados.
- Facilitar la aplicación de sistemas de incentivos a equipos de trabajo en función de su contribución al logro de resultados y al mejoramiento de la calidad de la gestión y prestación de servicios.

3.9.2 Características del Cuadro de Mando Gerencial

- Conformado por un conjunto ordenado de indicadores para facilitar la verificación y emisión de juicios de valor comparativo, en forma objetiva y especialmente medible.
- Contiene información únicamente de un conjunto de indicadores clave de calidad, que permiten verificar la gestión y provisión de servicios en forma completa e integral.
- Corresponde a una “representación esquemática” que en forma gráfica muestra la información necesaria para efectuar el análisis comparativo de los resultados obtenidos.

- La información se presenta en forma sencilla y en forma de tendencias para facilitar el seguimiento y evolución de los resultados a través del tiempo.
- Presenta información que permite identificar las brechas o variaciones entre resultados obtenidos y las normas y metas a alcanzar, establecer su magnitud y orientar a los equipos a sus posibles causas o factores determinantes.
- Describe los factores causales de las variaciones identificados por los equipos y el plan de las intervenciones acordadas.

3.9.3 Definición de indicador

“De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, “es una variable para medir cambios”. Otras definiciones señalan que el indicador es una expresión cuantitativa o cualitativa que mide, valora y compara; es una expresión numérica de una realidad o de un estándar” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013).

“El estándar es el resultado deseado de un proceso que se puede medir mediante el uso de indicadores. Es un valor de referencia, medida o relación que se emplea para servir de modelo o patrón y significa una medida común para evaluar los comportamientos, progreso o desviaciones en la implementación de los procesos con el fin de aplicar las medidas correctivas necesarias” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013).

En relación al hospital como organización prestadora de servicios de salud, los estándares establecen las metas de calidad, productividad y resultados que se deben alcanzar, sirviendo de parámetro para medir los niveles de calidad que realmente se logran y las características concretas que deben poseer los servicios.

“La manera más eficaz de mejorar los resultados globales de la empresa y los individuales es midiendo y controlando las cosas. Es la mejor forma de conocer y mejorar la marcha de la empresa” Salgueiro Amado. Indicadores de Gestión y Cuadro de Mando. Ediciones Díaz Santos, S.A. Madrid, España. 2005.

Beneficios de la medición:

- Permite controlar la evolución de la empresa, de un departamento o de algún área en particular.
- Indican a los jefes y empleados lo que realmente importa. En el proceso de búsqueda de aquellos indicadores que sean importantes para la mejora buscada, los directivos se dan cuenta de los que les importa a ellos y a la empresa.
- Se satisfacen mejor las nuevas expectativas de los clientes.

3.9.4 Flujo de la información

“Toda información y datos recolectados como producto de la medición de los avances de los procesos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria no tienen sentido, ni utilidad si los mismos no son revisados y analizados en los niveles que corresponden, para luego fluir de manera tal, que la información pertinente se encuentre en forma oportuna en los niveles de conducción para la toma de decisiones” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013).

“El flujo de la información dentro del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria establece que en la primera semana del mes los equipos de mejora continua de la calidad realizan la medición de indicadores, en la segunda semana el llenado de tableros de tabulación y análisis, en la tercera semana revisión y análisis del Cuadro de Mando Gerencial en reunión de Consejo Consultivo y en la cuarta semana retroalimentación a los servicios finales e instancias intermedias y envío de informes a nivel intermedio y central” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013).

3.10 Contexto nacional

3.10.1 Modelo nacional de salud

“El Modelo Nacional de Salud (MNS) es el instrumento de carácter político y estratégico emitido por la Secretaría de Salud (SESAL), en su condición de ente

rector del sector salud que define los principios y los lineamientos para la transformación y desarrollo del Sistema Nacional.” (SESAL, Tegucigalpa Mayo 2013).

“Brinda los principios y los lineamientos políticos y estratégicos de conducción para:

- La atención integral de la salud, así como de las relaciones entre los distintos elementos estructurales que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- Asegurar a la persona, familia y la comunidad, en su entorno, el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones integrales y continuas de salud con calidad, respetando el derecho a la salud de cada individuo.
- Articular y organizar el consenso del país en materia de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud
- Representa el compromiso del estado en materia de atención de la salud con toda la población del país.”

El Modelo Nacional de Salud consta de tres componentes:

- “Atención/Provisión: Sera el eje central del modelo, parte de las necesidades, demandas y salud de las personas, las familias y la comunidad, proveerá los criterios a seguir para priorizar, estructurar, organizar y brindar la atención y servicios a través de un conjunto

garantizado de prestaciones de salud, de manera integral, completa, continua y equitativa, promoviendo la participación activa y responsable de los individuos (hombres y mujeres) , las familias y las comunidades” (SESAL, Tegucigalpa Mayo 2013).

- “Gestión: Constituye el marco de referencia que brindara los lineamientos para planificar, organizar, administrar, conducir y controlar la provisión de servicios de salud y para la adquisición, uso y control apropiado, eficiente y transparente de los recursos que permitan el logro de los objetivos de la salud” (SESAL, Tegucigalpa Mayo 2013).
- “Financiamiento: Aborda aspectos vinculados con la articulación y complementariedad de las fuentes y mecanismos de financiamiento, los criterios de asignación y modulación del financiamiento, las formas y mecanismos de pago por los servicios de salud y los lineamientos para asegurar los recursos financieros que cubran los costos de producción de los bienes y servicios de salud facilitando el adecuado funcionamiento de los componentes de atención y gestión” (SESAL, Tegucigalpa Mayo 2013).

“Los tres componentes deben abordarse de manera integral y complementaria, teniendo como eje operativo central el componente de atención/provisión de forma tal que contribuya de manera efectiva y confiable en la constitución del sistema de salud plural e integrado que se propone, estableciendo con claridad

los roles y las relaciones entre los actores y asegurando el acceso a todas las personas a un conjunto garantizado de prestaciones de salud, que contribuya a reducir las brechas entre los distintos segmentos de la población en función de la equidad, la vulnerabilidad y el respeto al derecho a la salud, sin distinciones”.

3.10.2 Atención en salud

El sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado, cuyo principal objetivo es el mejoramiento de la salud, tanto organizaciones gubernamentales, privadas, comunitarias, locales, grupos profesionales agentes de financiamiento y proveedores de servicios de salud. El sector público incluye a la Secretaría de Salud (SS) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), además de otras instituciones públicas que administran regímenes especiales de aseguramiento (Fuerzas Armadas) o atienden a poblaciones específicas.

La atención en salud es brindada básicamente por el sector público, del cual forma parte la Secretaria de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector no público o privado con o sin fines de lucro.

“La Secretaria de Salud ofrece atención a toda la población en sus propias instalaciones y con sus propios médicos y enfermeras, pero se estima que sólo 60% de los hondureños hacen uso regular de estos servicios. El IHSS cubre a

40% de la población económicamente activa empleada en el sector formal y sus dependientes, es decir, 18% de la población total. El sector privado atiende alrededor de 5% de la población, en particular, a la población con capacidad de pago. Este sector incluye a las aseguradoras privadas y a los consultorios, clínicas y hospitales privados con y sin fines de lucro. Se calcula que 17% de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud” (Salud S. d., Sistema Nacional de Salud de Honduras, OPS/OMS, 2012).

Las instituciones públicas del Sistema nacional de salud históricamente han tenido un desarrollo caracterizado especialmente por concentrarse en los mismos espacios geográficos del país, un relacionamiento poco articulado, sin control sobre la cobertura y sin dimensionar los esfuerzos para proveer servicios de salud.

3.10.3 Reforma del sistema de salud

3.10.4 Reseña Histórica

“La década de los años noventa, del siglo XX marcó una nueva etapa en nuestro país en donde se inicia el trabajo en un proceso bajo el marco general de acciones específicas del sector salud que fueron afectadas por cambios más amplios en el sector público, los cuales estaban orientados a una combinación de reformas en los mecanismos administrativos, financieros y de la prestación de

servicios” (Salud, Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, 2009).

“Fue particularmente en el año 1992 donde se creó una subcomisión de salud, dentro de las consideraciones que la formalizaron se consideró que era de carácter prioritario del Programa de Modernización del Estado el mejoramiento sustancial de los servicios de salud, y que se priorizaría específicamente la población económicamente más deprimida” (Honduras, 2010).

Durante ese periodo la iniciativa más destacada fue la puesta en ejecución del Proceso nacional de Acceso, desarrollado en función de tres estrategias básicas: la readecuación de las redes locales de salud, el control social de la gestión, desarrollo y transformación cualitativa de los recursos humanos, con la generación de experiencias en cada uno de esos campos.

“Es a partir de 1988 como consecuencia de la reconstrucción posterior a los daños causados por el huracán Mitch que los recursos externos cobran un peso importante en el financiamiento de la salud, alrededor de 11% del gasto total en salud en el 2008” (Juan Luis Bermúdez-Madriz, 2011).

Posteriormente el gobierno formulo y puso en marcha un Plan Maestro de reconstrucción y transformación nacional, donde las acciones y actividades de desarrollo y compensación social aparecieron en el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) como un componente humano sostenible y la reivindicación de los derechos a la salud, vivienda, seguridad y otros.

“La Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) también definió la reforma del sector salud como una prioridad y en este sentido estableció como meta el mejoramiento de la salud de la población hondureña, que responde a las expectativas legítimas de la población, proveer protección financiera contra los costos en salud, avanzar hacia el aseguramiento universal, asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención, facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social” (Salud, Marco Conceptual, político y estratégico de la Reforma del Sector Salud, 2009).

El PNS 2006-2010, además de vincular por primera vez la política sanitaria con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), planteo la necesidad de una reforma gradual y progresiva del sistema nacional de salud.

“El PNS 2010-2014 establece un nuevo horizonte al proceso de reforma con la modificación de la estructura y funcionamiento del sistema de salud actual. Este plan se plantea la reducción de la demanda insatisfecha de los servicios de salud, el incremento del acceso a los servicios de salud de calidad y la reducción de tasas de mortalidad materna e infantil. El objetivo de esta propuesta es la universalización del aseguramiento mediante un sistema de salud integrado y plural que delimite a la Secretaría de Salud como una institución rectora y reguladora” (Juan Luis Bermúdez-Madriz, 2011).

“La Reforma del Sector Salud, que propone el Plan Nacional de Salud 2010-2014 se inició a través de la separación de funciones rectoras y de la provisión de servicios del sistema, la descentralización y el inicio del aseguramiento, renovando a escala el sistema, los modelos de atención y de gestión, los sistemas de financiamiento, la monitoria y evaluación, así como la organización de la comunidad” (Salud, Plan Nacional de Salud 2010-2014, 2010).

“Como una etapa preparatoria de la gestión autonómica de los hospitales, en el año 2008 se puso en marcha un proceso de mejoramiento de la gestión enmarcado en las definiciones contenidas en las Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, orientado a lograr que cada hospital funcione con un enfoque de gestión por resultados a través de la

medición de indicadores que deben ser monitoreados, analizados y reportados periódicamente para orientar la toma de decisiones al interior del hospital y efectuar la rendición de cuentas a los niveles superiores de la Secretaría de Salud y la sociedad misma. El proceso de Reordenamiento avanza en la mayoría de los hospitales implementando un Cuadro de Mando Gerencial con los resultados de los indicadores críticos que facilite la toma de decisiones en los diferentes niveles del hospital” (Honduras, 2010).

3.11 Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria

El Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) surge en el año 2009 fundamentalmente como resultado del diagnóstico de la situación de la gestión de las estrategias hospitalarias contempladas en la RAMNI.

3.11.1 Marco Legal

El Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria está sustentado en una serie de políticas y disposiciones legales dentro de las cuales podemos detallar:

- La ejecución del Proyecto de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios básicos de Salud (PRIESS), 2002-2006, que impulso el programa de modernización de la gestión hospitalaria con énfasis en doce hospitales.

- La Política de Reordenamiento Hospitalario, Honduras 2002-2006, que establece ocho políticas, cuyo contenido define cambios esenciales para modificar los resultados de la gestión hospitalaria. Entre estas políticas destaca elaborar y actualizar la normativa técnica que regula la organización y funcionamiento de la red hospitalaria.
- Marco Conceptual. Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009, según Acuerdo Ministerial # 629 del 27 de febrero del 2009 se establece el fortalecimiento del rol rector y la separación de las funciones sustantivas de la Secretaria de Salud.
- La política nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI).
- “Los Lineamientos y Directrices para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, mediante Acuerdo Ministerial 201 del 16 de enero del 2009” (Salud, 2013).

3.11.2 Marco Técnico

A partir del año 2009 que es cuando se inicia la implementación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, en los hospitales se han vivido una serie de experiencias y mucho aprendizaje, que se evidenciaron en la evaluación realizada en el año 2012, con la finalidad de visualizar alternativas de mejoramiento y fortalecimiento de la gestión hospitalaria.

“Los resultados de la evaluación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria consideran que las facilitantes y limitantes en el análisis de la información y la toma de decisiones están relacionadas a procesos gerenciales, tales como liderazgo, trabajo en equipo, uso de la información y comunicación efectiva y oportuna” (Salud, 2013).

De manera general el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria ha provocado una mejora significativa en la gestión hospitalaria, aunque aún queda una importante brecha que cubrir.

3.11.3 Niveles de Gestión Hospitalaria

“La Gestión Hospitalaria es una función horizontal que atraviesa todos los sistemas organizacionales con momentos de planificación, organización, dirección, coordinación y control, que son conducidos por la alta dirección del hospital” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013).

Y es a la luz de este enfoque que el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria identifica dentro de los hospitales tres niveles de gestión:

- Conducción
- Instancias intermedias
- Servicios Finales

3.11.4 Nivel de Conducción

“El nivel de conducción es la organización responsable de la gestión hospitalaria en todos sus sistemas organizacionales y en sus niveles gerenciales. Por tanto, el éxito en la obtención de objetivos y resultados en los hospitales está íntimamente vinculado a los procesos que a este nivel se desarrollan” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestion Hospitalaria II Fase, 2013).

Está conformado por tres instancias:

- Dirección
- Consejo Consultivo
- Comité de Apoyo Externo

Dirección

El responsable de la dirección del hospital es el Director Médico, quien es el encargado de asegurar el adecuado funcionamiento del mismo en todos sus servicios finales, instancias intermedias y nivel de conducción.

Consejo Consultivo

“El Consejo Consultivo constituye un órgano asesor para los procesos estratégicos y políticos que se realizan en el hospital. Tiene como misión fundamental el asesoramiento permanente al director, emitiendo recomendaciones y promoviendo acuerdos que permitan la toma de decisiones informadas y analizadas, fortaleciendo con ello las capacidades gerenciales del hospital. Una vez que los acuerdos y recomendaciones efectuadas por el Consejo Consultivo hayan sido consensuadas con el Director, se convierten en acciones de cumplimiento obligatorio en el tiempo establecido” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013).

“El Consejo Consultivo deberá reunirse el día martes de cada semana del mes. El objetivo de la reunión en la tercera semana de cada mes, es analizar los resultados de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial, siendo esto el punto único en agenda, para lo cual deberán utilizar el Cuadro de Mando Gerencial y el análisis elaborado” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013).

La integración del Consejo Consultivo podrá ser modificada de acuerdo a las particularidades de cada hospital, su funcionamiento y condiciones específicas.

Comité de Apoyo Externo

“Es un órgano de apoyo para el hospital, sin fines de lucro, constituido de conformidad a ley e integrado por representantes de organizaciones y de la sociedad civil de reconocida probidad ética actúan en el ámbito local del hospital al cual van a asistir y, cuyo fin es el de apoyar la gestión hospitalaria en la consecución de recursos y acorde a las necesidades del hospital derivadas del plan estratégico y operativo. La organización del Comité es considerada un proceso básico dentro del sistema de conducción hospitalaria” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestion Hospitalaria II Fase, 2013).

3.11.5 Nivel de Instancias Intermedias

“Este nivel está conformado por las instancias responsables de apoyar la gestión de los servicios finales para asegurar la atención oportuna y adecuada de los pacientes y apoya al nivel de conducción en la gestión exitosa del hospital” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestion Hospitalaria II Fase, 2013).

Este nivel está conformado por las instancias siguientes:

- Unidad de Gestión de la Información (UGI)
- Instancias Administrativas
 - Administración
 - Recursos Humanos

- Departamento de Registros Médicos y Estadística
- Instancias de Apoyo Diagnostico y Laboratorio
 - Laboratorio
 - Banco de Sangre y servicio de Transfusión
- Comité de Apoyo a la Gestión
 - Comité de Calidad
 - Comité de Mortalidad
 - Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres
 - Comité de Compras

3.11.6 Nivel de los Servicios Finales

“Es en este nivel donde se identifican los servicios de gestión clínica, cuya función principal es la producción de atención y de egresos hospitalarios. Es en los servicios clínicos donde se concretiza la misión del hospital, ya que es donde se atiende directamente al paciente y sus familiares, por tanto es fundamental que la gestión de los mismos se ejecute de manera armónica mediante una comunicación fluida y oportuna en los diferentes miembros de los equipos de trabajo” (Salud, Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestion Hospitalaria II Fase, 2013).

3.12 Modelo de Gestión Hospitalaria

En el momento de la realización del estudio, el Modelo de Gestión Hospitalaria aún no se había implementado en todos los hospitales de la red pública.

3.13 Toma de Decisiones

Decidir consiste en elegir una determinada línea de actuación entre varias alternativas posibles.

La toma de decisiones es una capacidad y habilidad generada a partir de un sistema de información gerencial y de las competencias y experiencias que tenga cada directivo o gerente.

La vida del ser humano es un proceso continuo de toma de decisiones. Muchas de estas decisiones pueden ser triviales y se adoptan sin gran reflexión previa. Sin embargo, otras decisiones son importantes con una gran repercusión en nuestra vida futura, por lo que deben ser objeto de un detenido estudio. Este tipo de decisiones tienen en común las siguientes características:

- Es necesario dar respuesta a un problema que se ha identificado como importante
- En el momento de tomar la decisión no se puede conocer con seguridad cual va a ser su resultado, es decir, se trata de un resultado incierto.

La situación se complica aún más al considerar la misma perspectiva desde el punto de vista de la economía o empresa, donde los problemas son mayores, más complejos y afectan a un mayor número de personas. Fué precisamente en

este campo donde surgió la teoría de la decisión, que pretende describir el estudio sistemático y lógico del proceso de toma de decisiones.

“Con objeto de llevar los principios teóricos a la aplicación práctica se desarrolló una nueva disciplina conocida como análisis de decisión, el cual constituye una aproximación sistemática para tomar decisiones en situaciones de incertidumbre” (Calvo H., págs. 15-28).

3.13.1 Características del análisis de decisión

El análisis de decisión se puede definir como un método sistemático de toma de decisiones que implica definir claramente y de forma cuantitativa el problema, identificar todas las posibles alternativas para un determinado curso de acción, analizar las posibles consecuencias de cada una de las alternativas, estimar la probabilidad o grado de incertidumbre en cada paso del proceso de decisión y finalmente establecer el valor de cada uno de los resultados, con el objetivo final de identificar aquella línea de actuación que con mayor probabilidad producirá el mayor beneficio neto. Inherentes a esta definición se presentan cuatro conceptos claves en la aplicación del análisis de decisión:

- Las decisiones pueden ser cuantificadas. Es preciso cuantificar el grado de incertidumbre acerca de un determinado suceso, en forma de probabilidades, así como precisar el valor de cada posible resultado.
- Se identifican y evalúan todas las posibles líneas de actuación
- Los resultados pueden evaluarse desde diferentes perspectivas
- El análisis de decisión nos conduce a seleccionar la alternativa de actuación más adecuada, siempre en consonancia con la estructuración, y cuantificación que se haya hecho del problema de decisión.

3.13.2 Elementos del análisis de decisión

El análisis de decisión, para poder alcanzar una solución técnicamente correcta incluye cuatro pasos fundamentales:

- Identificar y definir el problema de decisión: La primera condición que requiere la toma de decisiones es la definición del problema con el que nos enfrentamos, ya que debe concretarse dentro de un contexto y amplitud suficiente como para representar el problema real y a su vez ser manejable y de fácil resolución.

La definición del problema de decisión comprende tres etapas principales:

- Definición de objetivos, ante cualquier tipo de decisión hay siempre un objetivo al que la decisión que se adopte debe dirigirse.
- Obtener la información necesaria para la resolución del problema. Antes de decidir es necesario informarse.
- Enumeración de alternativas. Consiste en enumerar el conjunto de alternativas viables o cursos de acción que podemos utilizar para dar respuesta al problema que se ha identificado. Finalmente tomar una decisión consiste en elegir una de dichas alternativas.
- Estructurar el problema de decisión: Estructurar el problema de decisión de una manera lógica y secuencial, que habitualmente se realiza en forma de árboles de decisión. El árbol de decisión representa claramente los puntos en los que debe elegirse un entre varias alternativas de actuación, así como los resultados esperados con cada una de ellas.
- Caracterizar la información: Cada uno de los resultados del árbol de decisión lleva asociados un valor de probabilidad y utilidad que es necesario asignar.
- Elección de una alternativa de actuación: Una vez valorados los resultados es preciso tomar una decisión, debe seleccionarse la óptima alternativa de actuación. Para los problemas de decisión en situación de riesgo incertidumbre se ha establecido un criterio de decisión, que supone elegir aquella alternativa de actuación de mayor valor de “utilidad esperada”. El criterio de elección de la alternativa que presente un mayor valor de “utilidad

esperada” hace que a la hora de tomar una decisión seamos consecuentes y consistentes con nuestras propias opiniones y preferencias.

La realización del análisis de acuerdo al esquema presentado nos ofrece garantías de llegar a una decisión coherente con los juicios y valores de las personas que participan en la decisión. La cuantificación de los resultados no es necesaria en todos los problemas de decisión, pudiendo utilizarse este esquema, en algunas ocasiones, simplemente como una manera de pensar que facilitara enormemente el análisis del problema y la toma de una decisión.

3.14 Evaluación del desempeño

La tarea de evaluar el desempeño constituye un aspecto básico de la gestión de recursos humanos en las organizaciones. La evaluación del desempeño constituye una función esencial que de una u otra manera suele efectuarse en toda organización moderna. Al evaluar el desempeño la organización obtiene información para la toma de decisiones: Si el desempeño es inferior a lo estipulado, deben emprenderse acciones correctivas; si el desempeño es satisfactorio, debe ser alentado.

Contar con un sistema formal de evaluación de desempeño permite a la gestión de recursos humanos evaluar sus procedimientos. Los procesos de reclutamiento

y selección, de inducción, las decisiones sobre promociones, compensaciones y adiestramiento y desarrollo del recurso humano requieren información sistemática y documentada proveniente del sistema de evaluación de desempeño.

A estos efectos, deberá tenerse presente que evaluar el desempeño del trabajador no debe ser considerado un ejercicio de examen anual, ni un procedimiento para juzgar y sancionar, sino fundamentalmente ayudar, colaborar y mejorar las relaciones humanas en la empresa. Es, en definitiva, un análisis del pasado, en el momento presente, para proyectar el futuro.

3.14.1 Coordinación entre servicios

“La **coordinación** es un proceso que consiste en integrar las actividades de departamentos independientes a efecto de perseguir las metas de la organización con eficacia” (Stoner, Freeman, & Gilbert, 1996)

Así podemos decir que la coordinación es la sincronización de actividades, recursos y esfuerzos de una organización con el fin de lograr armonía, unidad, rapidez y eficacia en la consecución de objetivos definidos.

3.15 Supervisión

La supervisión es una actividad técnica y especializada que tiene como fin fundamental utilizar racionalmente los factores que le hacen posible la realización de los procesos de trabajo: el hombre, la materia prima, los equipos, maquinarias, herramientas, dinero, entre otros elementos que en forma directa o indirecta intervienen en la consecución de bienes, servicios y productos destinados a la satisfacción de necesidades de un mercado de consumidores, cada día más exigente, y que mediante su gestión puede contribuir al éxito de la empresa.

Hoy más que nunca, se requiere en las empresas hombres pensantes, capaces de producir con altos niveles de productividad en un ambiente altamente motivador hacia sus colaboradores.

Supervisar efectivamente requiere: planificar, organizar, dirigir, ejecutar y retroalimentar constantemente. Exige constancia, dedicación, perseverancia, siendo necesario poseer características especiales individuales en la persona que cumple esta misión.

3.15.1 Objetivos de la supervisión

- Mejorar la productividad de los empleados
- Desarrollar un uso óptimo de los recursos
- Obtener una adecuada rentabilidad de cada actividad realizada

- Desarrollar constantemente a los empleados de manera integral
- Monitorear las actitudes de los subordinados
- Contribuir a mejorar las condiciones laborales

3.15.2 Papel del supervisor

No hay labor más importante, difícil y exigente que la supervisión del trabajo ajeno. Una buena supervisión reclama más conocimientos, habilidad, sentido común y previsión que casi cualquier otra clase de trabajo. El éxito del supervisor en el desempeño de sus deberes determina el éxito o el fracaso de los programas y objetivos del departamento.

El individuo sólo puede llegar a ser buen supervisor a través de una gran dedicación a tan difícil trabajo y de una experiencia ilustrativa y satisfactoria adquirida por medio de programas formales de adiestramiento y de la práctica informal del trabajo.

Cuando el supervisor funciona como es debido, su papel puede resumirse o generalizarse en dos categorías o clases de responsabilidades extremadamente amplias que, en su función real, son simplemente facetas diferentes de una misma actividad; no puede ejercer una sin la otra. Estas facetas son seguir

los principios de la supervisión y aplicar los métodos o técnicas de la supervisión. Ambas tienen que contribuir a que se logren los objetivos de la organización.

3.16 Liderazgo

El apoyo y reconocimiento de un superior por el esfuerzo y trabajo bien hecho, es uno de los factores que influyen eficazmente en la productividad de los profesionales. El papel de un directivo no se limita a supervisar el trabajo realizado, sino también a proporcionar coaching, recursos y a fomentar la creatividad y la asunción de riesgos. En las organizaciones de conocimiento el papel de líder tiene la facultad de crear el ambiente y clima laboral adecuado dentro del equipo, también de ayudar a cada individuo a completar sus tareas, de aportar sus conocimientos e ideas y de hacer que se trabaje en armonía tanto con los miembros de su propio equipo como con otros equipos.

Si un jefe no exterioriza este apoyo a los colegas, se puede crear una atmósfera de inseguridad, en la que las personas no dan todo de sí mismas, y se acomodan haciendo lo mínimo necesario en el trabajo, llegando incluso a la apatía. Este papel no es fácil. De hecho conocemos perfiles de directivos brillantes que contribuyen de forma individual a la consecución de objetivos y sin embargo en un papel de líder de equipo, no demuestran empatía. Como también conocemos

personas, que de forma natural saben liderar e influir positivamente en la productividad de sus empleados.

En cierto modo, se trata de algo más que “estar ahí”. Ser jefe es ser proactivo, apoyar a cada individuo y al equipo en la consecución de sus esfuerzos individuales y colectivos y buscar soluciones y no culpables cuando algo no va bien, frente a la simple emisión de órdenes que deben cumplirse sin ni siquiera cuestionarlas.

Una cultura basada en la ayuda y en dar lo mejor de cada uno, consigue un mayor compromiso emocional con la organización.

3.17 Antecedentes del Hospital Santa Teresa, Comayagua

3.17.1 Antecedentes

El Hospital Santa Teresa es el último de varios nombres que tuvo este nosocomio de la ex capital de Honduras, la bella ciudad de Comayagua y llamado así desde 1937 en que ha sido cerrado a causa de temblores, incendios y falta de apoyo económico.

“Es realmente el segundo Hospital hondureño en fundarse llamándosele sucesivamente: Hospital Real, De nuestra Señora de los Remedios, De la Resurrección, de San Juan de Dios de la Santísima Inquisición y Santa Teresa,

cuya oficial reinauguración se hizo en 1987 bajo la dirección del Dr. Luis Tirso Bendaña” (Bourdeth Tosta).

3.18 Caracterización del Hospital

3.18.1 Ubicación Geográfica

El Hospital Santa Teresa se encuentra ubicado en la ciudad de Comayagua, municipio de Comayagua, localizada al noroeste del país, aproximadamente a 80 Kilómetros de Tegucigalpa, y a unos 594 metros sobre el nivel del mar. Cuenta actualmente con 433 empleados. También con 140 camas censables y 64 camas no censables.

3.18.2 Cartera de servicios

El Hospital Santa Teresa dentro de su cartera brinda servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecoobstetricia, Ortopedia. En cada una de las especialidades dispone de atenciones como:

- Consulta Externa especializada
- Atención de referencias e interconsultas
- Atención de emergencias
- Desarrollo de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación según ciclo de vida incluídas en el Conjunto Garantizado de Prestaciones.
- Educación al internado rotatorio y servicio social.
- Atención de cirugías menores

- Atención de emergencias quirúrgicas
- Realización de cirugías mayores
- Manejo de complicaciones obstétricas y neonatales
- Atención de partos normales y distócicos
- Realización de cesáreas de emergencia y programadas
- Servicios de planificación familiar temporal y permanente

En lo que se refiere a servicios de apoyo terapéutico y no terapéutico dispone de:

- Odontología
 - Extracciones dentales
 - Desarrollo de actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación según ciclo de vida en relación a la odontología.
 - Participación con el servicio social de odontología
 - Atención al binomio madre e hijo
- Laboratorio
 - Clínico
 - Banco de sangre: donaciones de sangre y preparación de elementos sanguíneos para transfusión.
 - Vigilancia de la salud en apoyo a la Región Departamental
- Rayos X

- Realización de placas de RX en general para emergencia, consulta externa y hospitalización.

3.18.3 Nueva tipología de los hospitales

En el mes de noviembre del 2015, bajo Acuerdo Ministerial 4006, la Secretaría de Salud aprueba la nueva clasificación o tipificación de los hospitales en el marco del Modelo Nacional de Salud, en la cual se consideran aspectos como los niveles de atención, la respuesta que se brinda a la red de servicios, la capacidad instalada, sistema de referencia respuesta y disponibilidad de recursos financieros.

Partiendo de que el hospital forma parte de una red de servicios de salud de una determinada región y que brinda respuesta de acuerdo a su organización y complejidad a la red de servicios, la nueva tipología y clasificación será:

TIPO	NUEVA CLASIFICACIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (HOSPITALES)	NIVEL DE COMPLEJIDAD (MNS)
I	Hospital Básico (HB)	4
II	Hospital General (HG)	5
III	Hospital de Especialidades (HE)	6
IV	Instituto (I)	7

Y es en este sentido que en base a los criterios antes mencionados, el Hospital Santa Teresa actualmente se encuentra clasificado o tipificado como un Hospital General (HG) nivel de complejidad 5, que brinda servicios de atención de urgencias, hospitalización y consulta externa especializada y de otras especialidades definidas y que deben abrirse en base al perfil epidemiológico del área, atendiendo a la población que le es referida por el primer nivel de atención y por los hospitales básicos de su área de influencia.

IV. METODOLOGIA

Tipo de estudio: El estudio fue descriptivo, cuantitativo y transversal.

El universo lo constituyó los 433 empleados del hospital, a los cuáles se les restó los 16 integrantes del Consejo Consultivo, quedando 417 empleados a quienes se les aplicó la fórmula N de Sampieri para sacar la muestra, quedando 355 empleados, a los que se les aplicó el método probabilístico estratificado por nivel de formación, en el cuál para seleccionar la muestra final se hizo uso de números Random o números aleatorios quedando 105 empleados para los servicios finales e instancias intermedias.

El Consejo Consultivo conformado por (Director del Hospital, Coordinador de la Unidad de Gestion de la Información (UGI), Jefatura de Administración, Jefatura de Recursos Humanos, Jefatura de Enfermería, Jefatura de Emergencia, Jefatura de Pediatría, Jefatura de Gineco-Obstetricia, Jefatura de Medicina Interna, Jefatura de Cirugía, Jefatura de Ortopedia, Jefatura de Sala de Operaciones, Jefatura de Laboratorio, Jefatura de Banco de Sangre y Servicios de Transfusión, Jefatura de Consulta Externa y Jefatura del Nivel intermedio de salud y/o Jefe de Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud,

$$n = \frac{Z^2 Npq}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 417}{(417 - 1) \times 0.02^2 + (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)} = \frac{400.4868}{1.1268} = 355.4196$$

Dónde:

N es la población =417

n es el número de elementos de la muestra

p es la probabilidad a favor = 0.50

q es la probabilidad en contra= 0.50

E es el error estándar = 2%

Z es el número de desviaciones estándar= 1.96

n = 355.4196

Resultados números Random o aleatorios: 105 empleados servicios finales e instancias intermedias.

Una vez conformada la muestra y con los instrumentos elaborados se procedió a aplicar una prueba piloto utilizando la técnica de la encuesta y dos cuestionarios aplicados a 25 personas similares laborando en el Instituto Nacional Cardio Pulmonar. A esta prueba piloto se le aplicó el estadístico Alpha de Conbrach cuyo resultado fue 0.951 para el Consejo Consultivo y de 0.724 para los empleados de servicios finales e instancias intermedias, lo que se consideró aceptable, posteriormente se aplicaron en el Hospital Santa Teresa, 13 instrumentos a 13

de los integrantes del Consejo Consultivo (A seis Médicos, dos Enfermeras Profesionales, un Doctor en Microbiología, un Ingeniero Industrial, un Trabajador Social, una Licenciada en Educación y una Licenciada en Ciencias Sociales) y 74 instrumentos a empleados de servicios finales e instancias intermedias (Diez y ocho Médicos, diez y nueve Enfermeras Profesionales, nueve Auxiliares de Enfermería, cinco técnicos de laboratorio, cinco auxiliares de Registros Médicos y Estadística, cuatro del Departamento de Talento Humano, cuatro auxiliares de farmacia, un Doctor y dos técnicos en microbiología, cuatro auxiliares de contabilidad y tres encargados de almacén; en los diferentes turnos A, B y C.

Se logró aplicar solamente 13 instrumentos a los integrantes del Consejo Consultivo, ya que no se encontró en su totalidad a las personas y 74 instrumentos a los empleados de los servicios finales e instancias intermedias en vista que también no se encontró la totalidad de los empleados. También se realizó revisión documental (ayudas memorias) a las cuáles se les aplicó un instrumento que contiene una serie de preguntas.

La unidad de observación fue la utilización del Cuadro de Mando Gerencial en la gestión hospitalaria, **unidad de análisis:** empleados de salud de los servicios finales, instancias intermedias y miembros que conforman el Consejo Consultivo del Hospital Santa Teresa, considerándose **criterios de inclusión:** los empleados de los servicios finales, instancias intermedias y miembros que

integran el Consejo Consultivo del Hospital Santa Teresa y **criterios de exclusión**: los empleados de salud de los servicios finales, instancias intermedias y miembros del Consejo Consultivo que no deseen participar en el estudio y que no se encontraron al momento de aplicar el cuestionario.

Para recolectar la información se diseñaron dos cuestionarios, el número uno: para el Consejo Consultivo, conteniendo seis (6) preguntas de carácter general y veintisiete (27) preguntas de tipo exploratorio utilizando la escala de Likert de cinco niveles: Definitivamente si, Probablemente sí, Indeciso, Probablemente no y Nunca. Para la muestra de 105 empleados se aplicó el cuestionario número dos para personal laborando en “servicios finales a instancias intermedias” un instrumento que contenía seis (6) preguntas de carácter general y veinticinco (25) preguntas de tipo exploratorio utilizando la escala de Likert de cinco niveles: Definitivamente si, Probablemente sí, Indeciso, Probablemente no y Nunca. Y la revisión documental se realizó a través de la revisión de las ayudas memoria elaboradas durante las reuniones del Consejo Consultivo y de los servicios finales e instancias intermedias del período en estudio. Los resultados se presentaron en gráficos y se realizó ponderación de Escala de Likert, utilizando la fórmula: **PT/NT** (PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones)

Para el procesamiento de los datos se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 20, se procedió a obtener los resultados elaborando gráficos de acuerdo a las variables del estudio, también se realizó la ponderación de la Escala de Likert. El análisis de los datos se realizó confrontando con la teoría y finalmente se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones.

Variables de la investigación.

Considerando el instrumento a aplicar se formularon una cantidad adecuada de frases, con características de sentencia o premisa que se formula en forma positiva y sin interrogantes, para que el encuestado tenga la oportunidad de escoger la adecuada según su opinión.

Para el “Consejo Consultivo” se formularon nueve (9) frases para cada variable objeto de investigación, la cual está enfocada alrededor de las variables siguientes:

Determinación de las variables Consejo Consultivo

VARIABLES DE LA INVESTIGACION	
Independientes (VI)	Dependiente (VD)
X ₁ :Gestión (9)	Y: Toma de decisiones (8)
X ₂ : Cuadro de Mando Gerencial (9)	

Para los “Servicios finales a instancias intermedias” se formulan nueve (9) frases para cada variable objeto de investigación, la cual está enfocada alrededor de las variables siguientes:

Determinación de las variables Servicios Finales e Instancias Intermedias

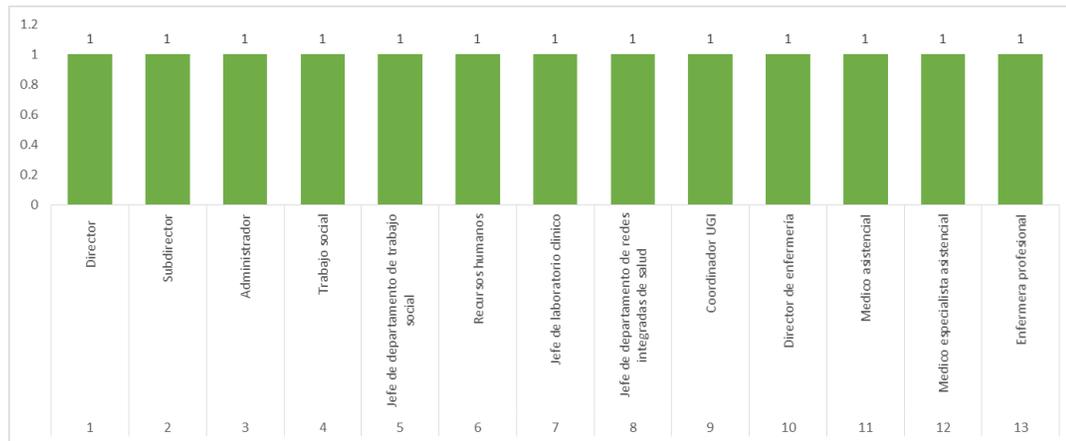
VARIABLES DE LA INVESTIGACION	
Independientes (VI)	Dependiente (VD)
X ₁ :Gestión (9)	Y: Toma de decisiones (9)
X ₂ : Cuadro de Mando Gerencial (9)	

V. RESULTADOS

Resultados datos para el Consejo Consultivo

Grafica No. 1

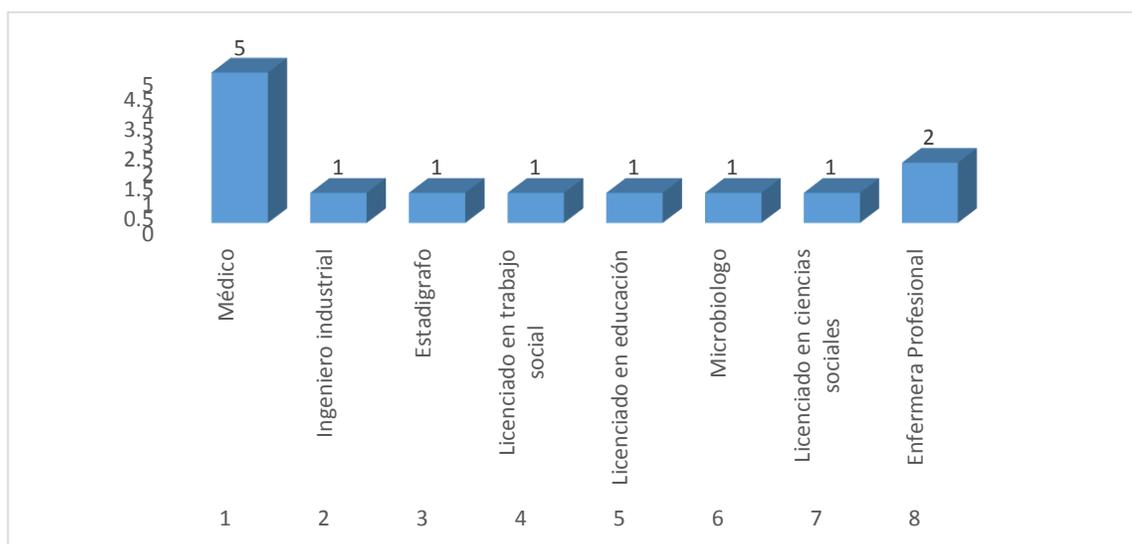
Integrantes del Consejo Consultivo según cargo en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



Total de representantes 13, la distribución es homogénea 1 representante por unidad, para un 7.69%.

Grafica No. 2

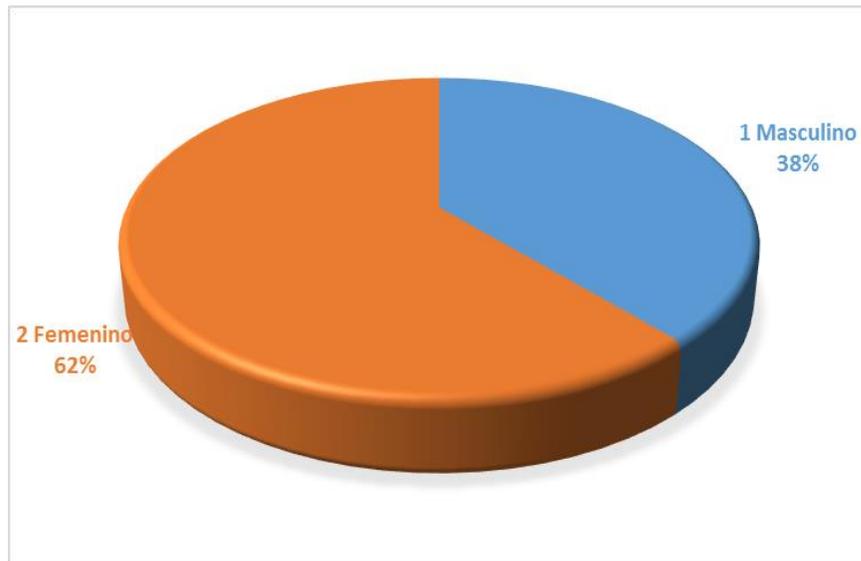
Profesión de los integrantes del Consejo Consultivo en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, período enero a junio 2015



En la representación de profesionales (5) 33.33% son médicos de los trece (13), 8 se distribuyen en otras profesiones.

Grafica No. 3

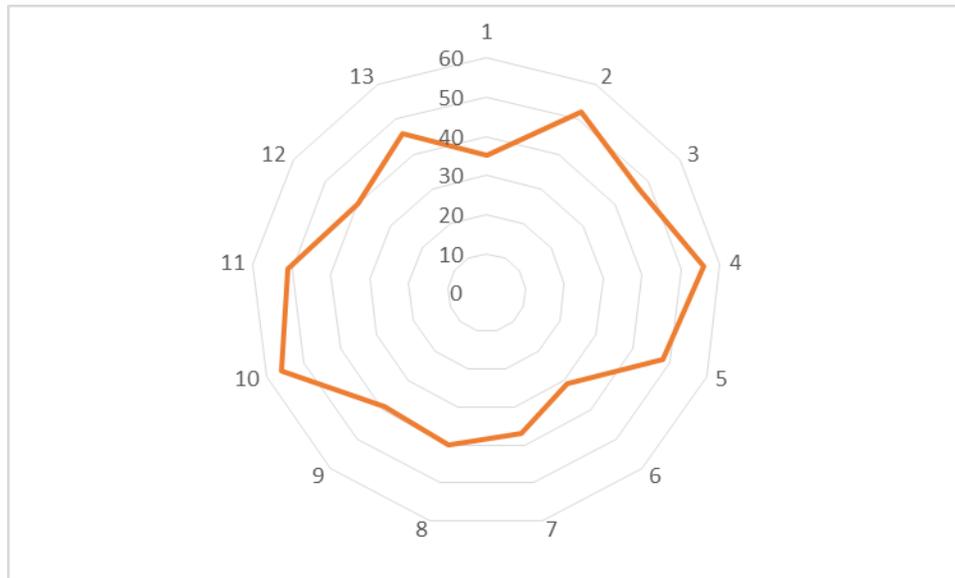
Distribución de los cargos por sexo de los integrantes del Consejo Consultivo del Hospital Santa Teresa Comayagua, período enero a junio 2015



Los cargos son ocupados por el género femenino con un 62% (8).

Grafica No. 4

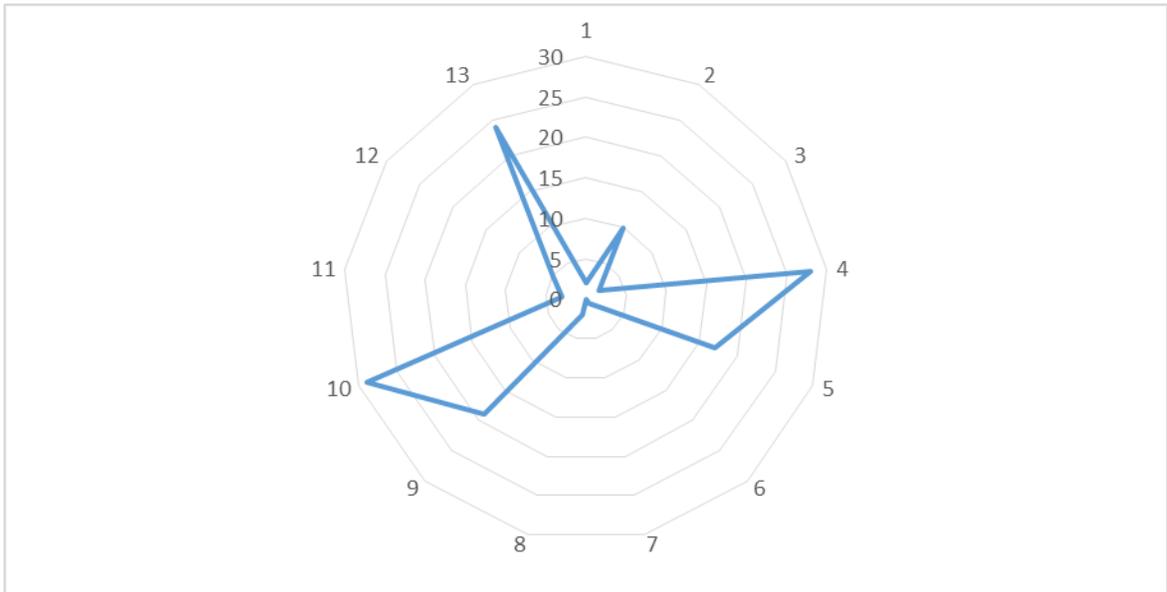
Distribución de edades de los integrantes del Consejo Consultivo del Hospital Santa Teresa Comayagua, período enero a junio 2015



Los integrantes del Consejo Consultivo muestran un promedio de edad de 44 años, el coeficiente de variación es consistente obteniendo una muestra homogénea según esta medición que es del 0.1706.

Grafica No. 5

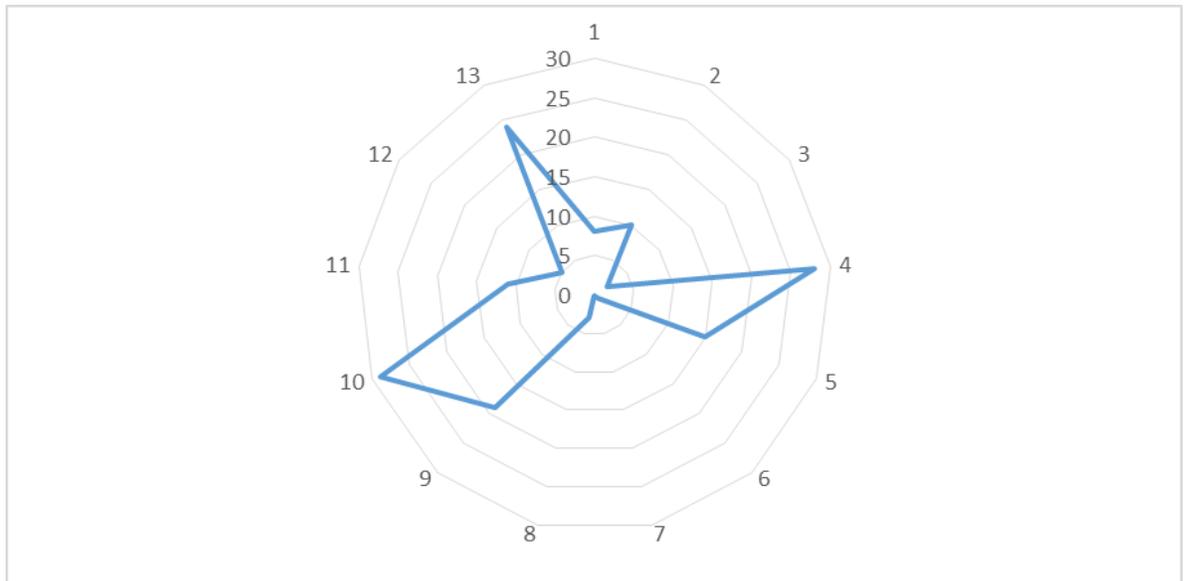
Tiempo de laborar en la dependencia, según cargo en el Hospital Santa Teresa, Comayagua, período enero a junio 2015



Sobre este parámetro muestra una alta heterogeneidad siendo bastante dispersa según la medición del coeficiente de variación del 0.9712.

Grafica No. 6

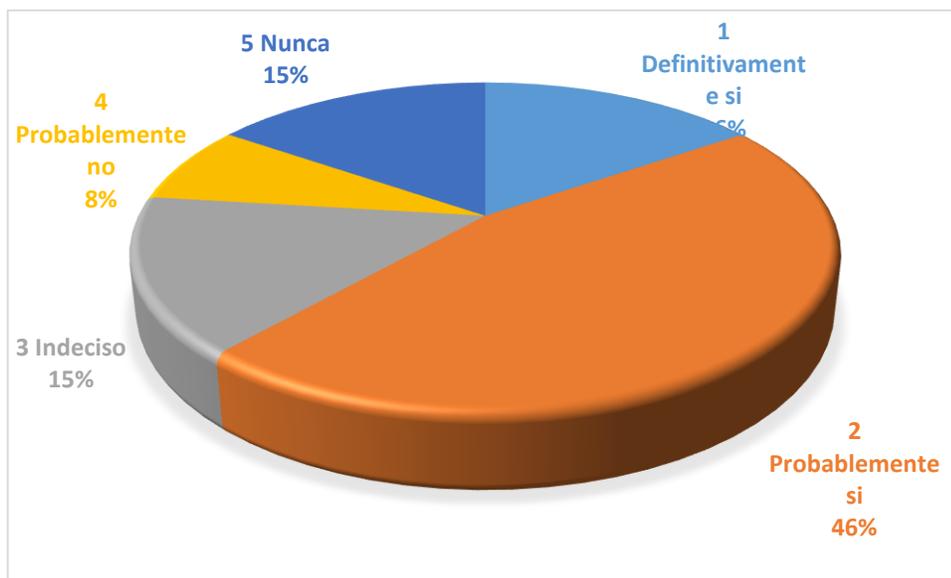
**Tiempo de laborar según cargo en el Hospital Santa Teresa, Comayagua,
Período enero a junio 2015**



De similar manera, sobre este parámetro muestra una alta heterogeneidad siendo bastante dispersa según la medición del coeficiente de variación del 0.8316.

Grafica No. 7

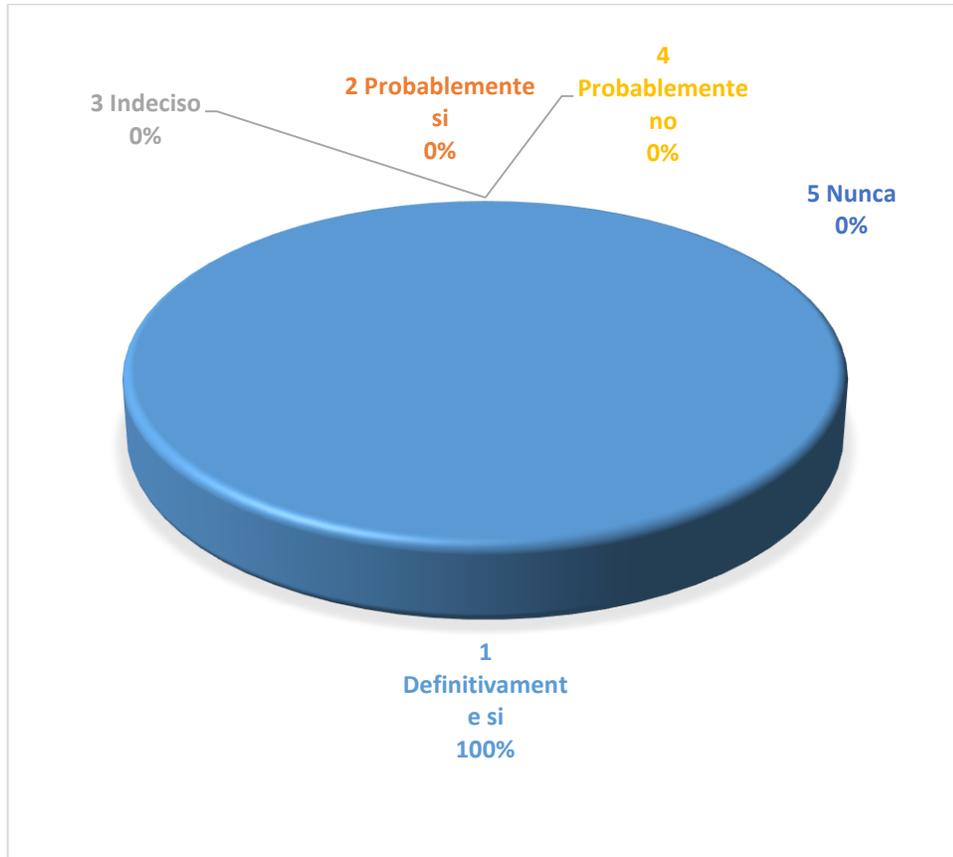
Inducción de los integrantes del Consejo Consultivo antes de ingresar al puesto en el Hospital Santa Teresa, Comayagua periodo enero a junio 2015



El 46% (6) expreso que probablemente si fueron inducidos y 15% (5) nunca

Grafica No. 8

Integrantes del Consejo Consultivo que consideran que la inducción es importante, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 100% (13) respondieron que definitivamente si, la inducción es importante

Grafica No. 9

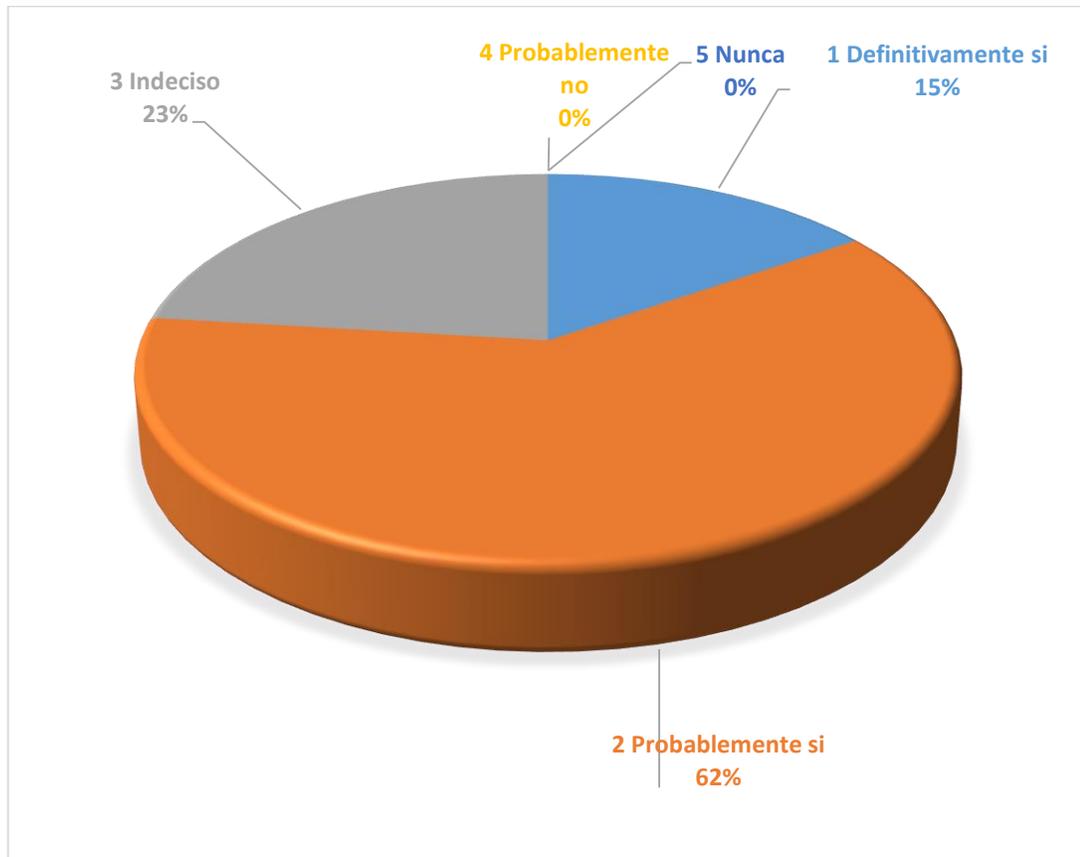
Conocimiento de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria por parte de los integrantes del Consejo Consultivo, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 54%(7) respondió probablemente si conoce de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria

Grafica No. 10

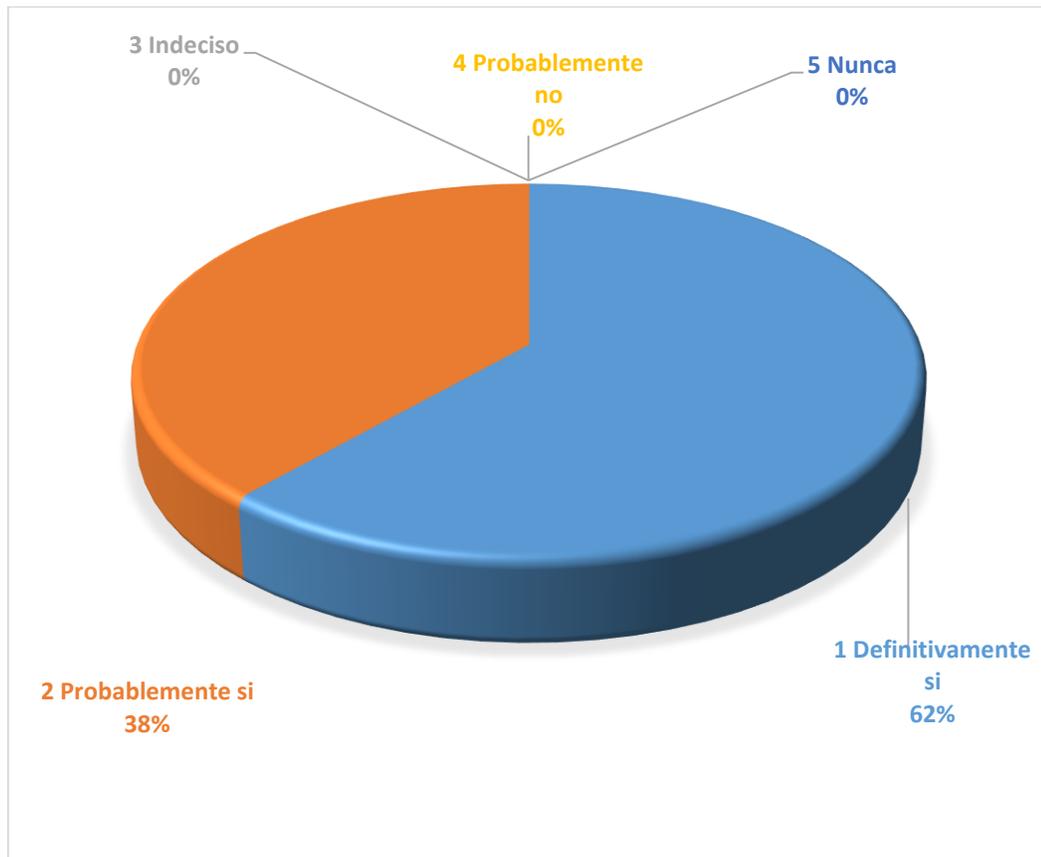
Aplicación de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria por los integrantes del Consejo Consultivo, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 62% (8) respondieron que probablemente sí, aplican las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria

Grafica No. 11

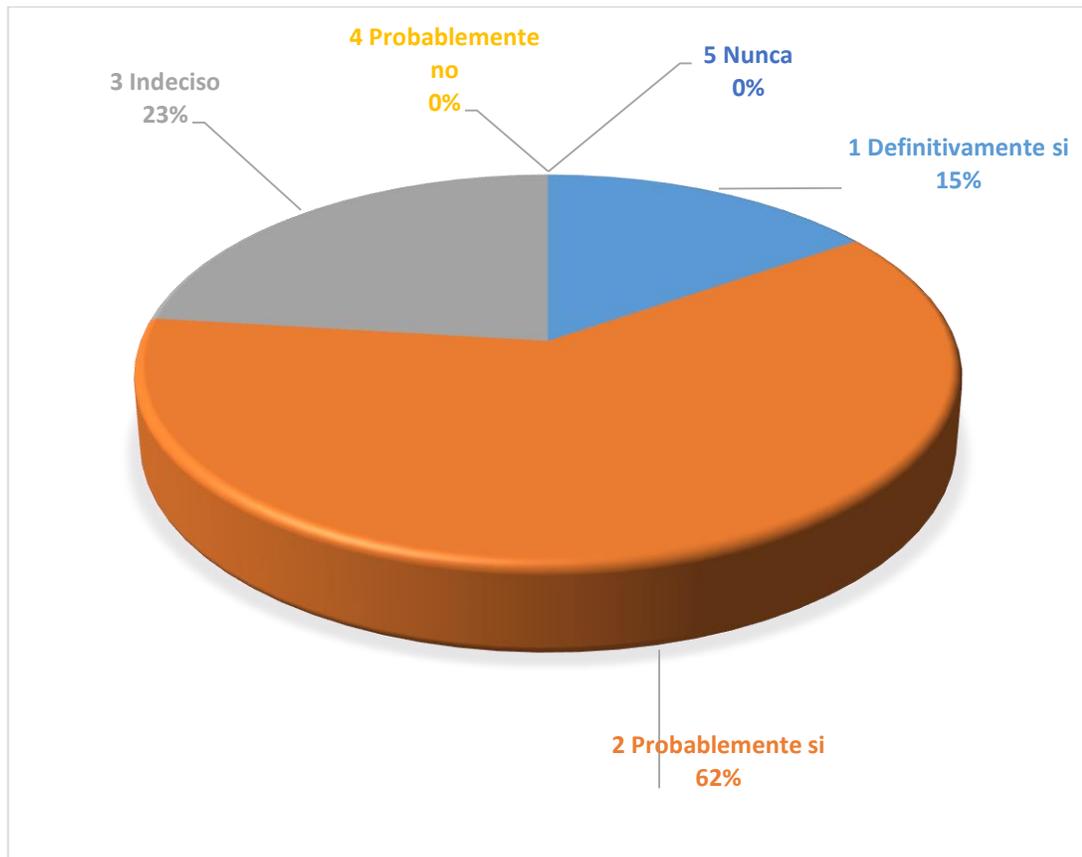
Conocimiento del flujo de la información establecido en las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria por los integrantes del Consejo Consultivo, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 62% (8) respondieron que definitivamente si conocen el flujo de la información establecido.

Grafica No. 12

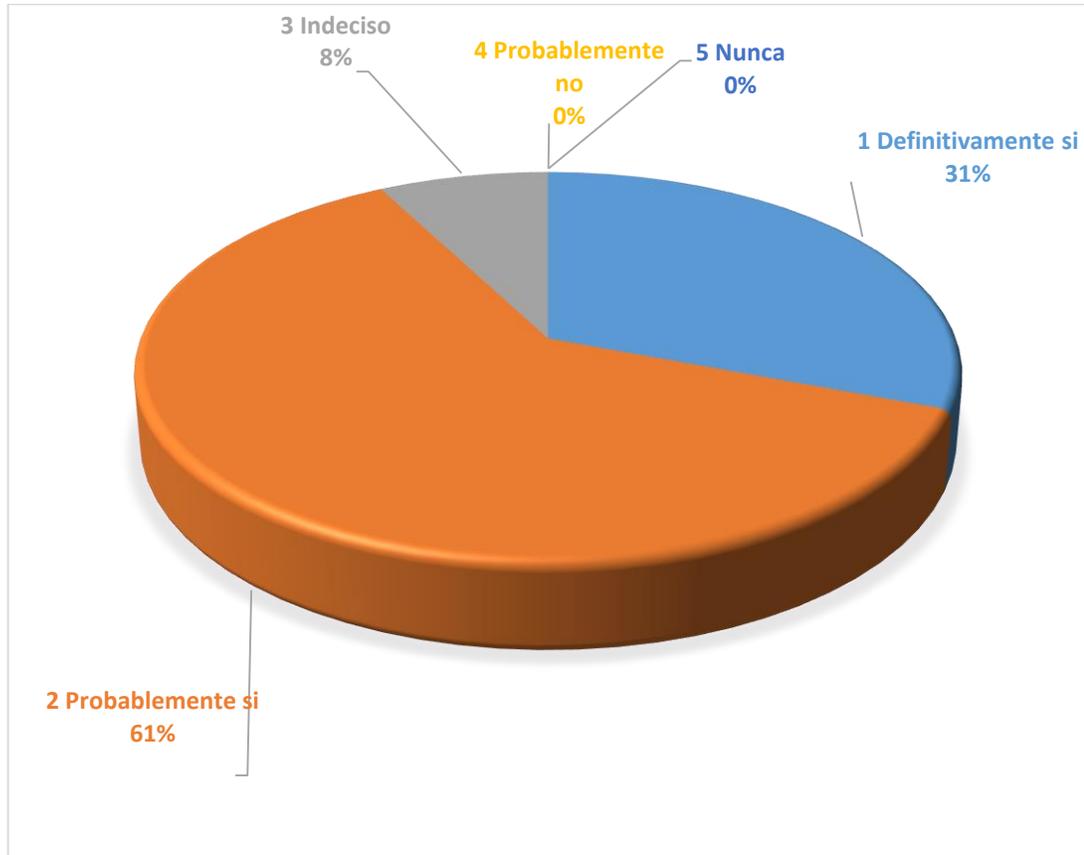
Aplicación del flujo de la información establecido en las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria por los servicios finales e instancias intermedias, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 62% (8) respondieron que probablemente si aplican el flujo de la información establecido.

Grafica No. 13

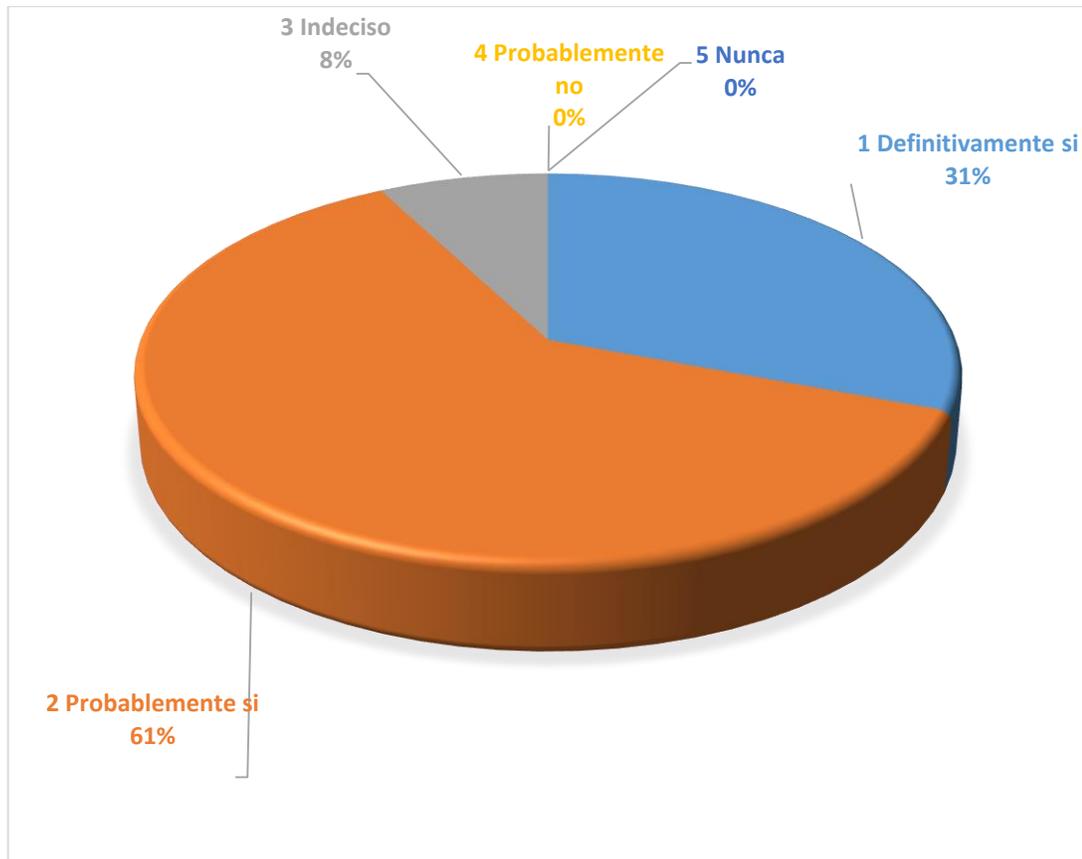
Envío de la información de manera oportuna para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial por los servicios finales e instancias intermedias, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 61% (8) respondieron que probablemente sí y el 31% (4) respondieron que definitivamente sí envían la información de manera oportuna

Grafica No. 14

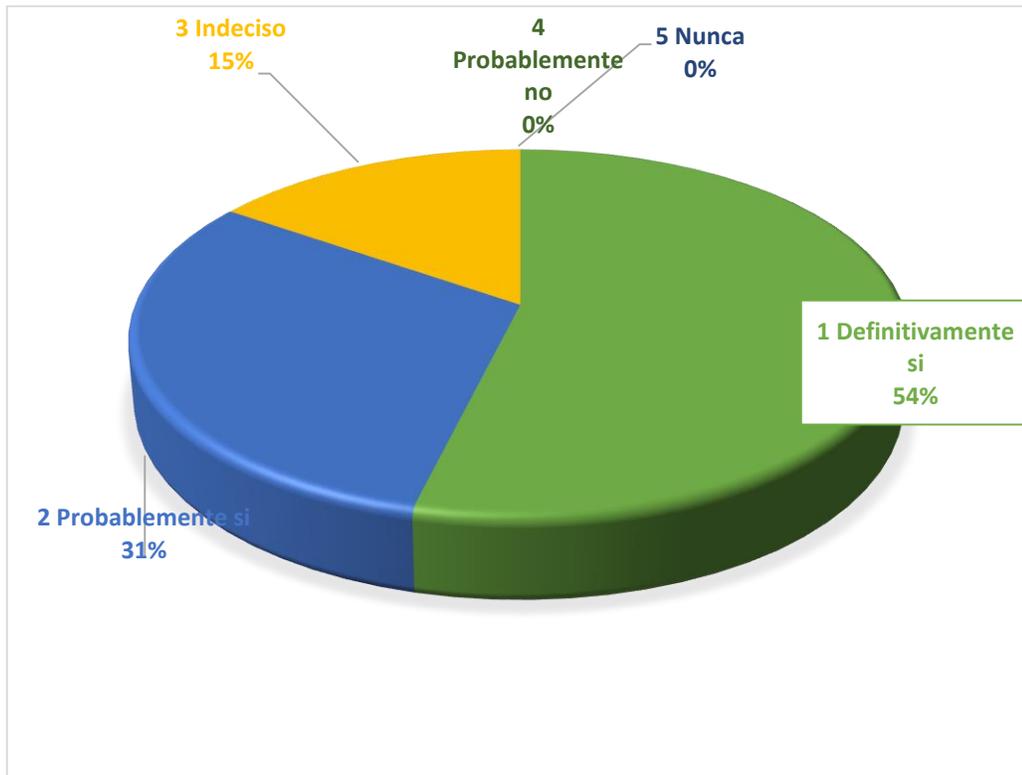
Envío de la información de manera completa para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial por los servicios finales e instancias intermedias, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 61% (8) respondieron que probablemente si envían la información de forma completa

Grafica No. 15

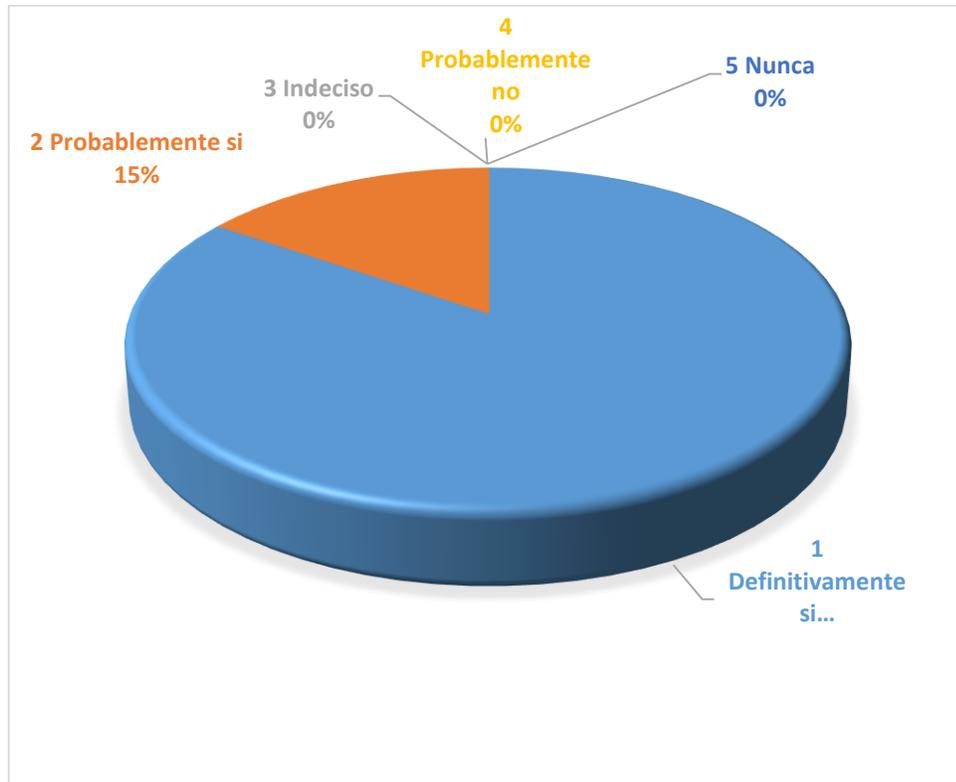
Realización de análisis de la información enviada por los servicios finales e instancias intermedias, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 54% (7) respondieron que definitivamente si realizan análisis de la información.

Grafica No. 16

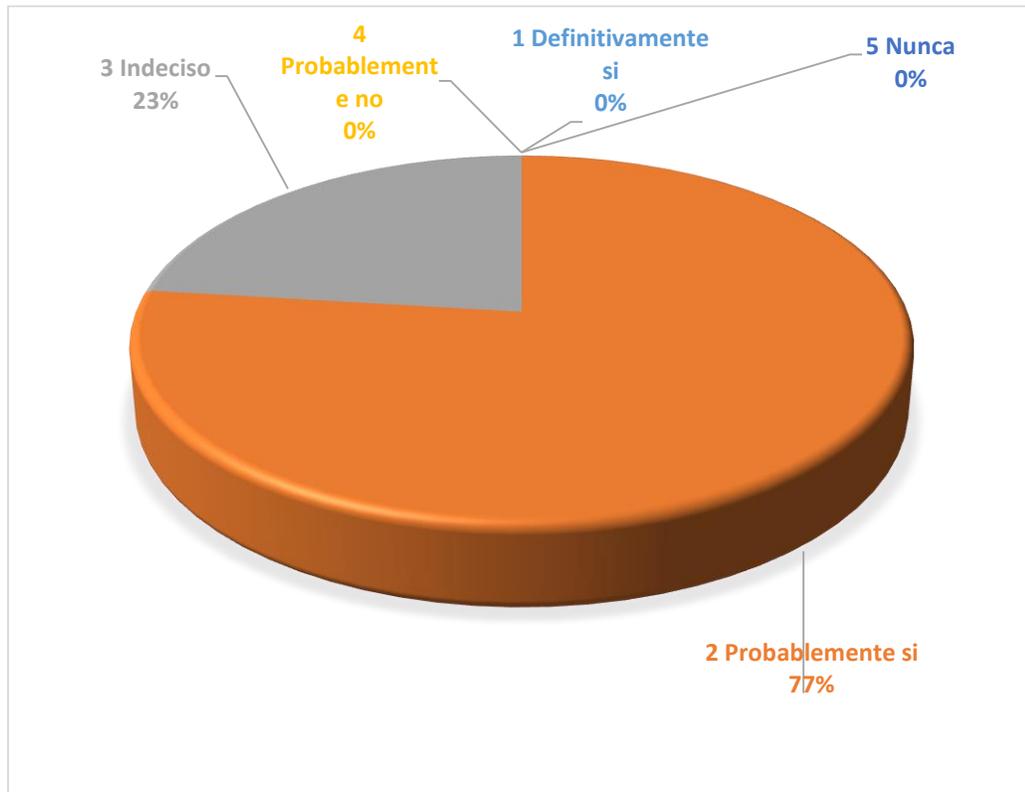
Reuniones de Consejo Consultivo de acuerdo a lineamientos del RGH, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 85% (11) respondieron que definitivamente si realizan las reuniones de acuerdo a lineamientos.

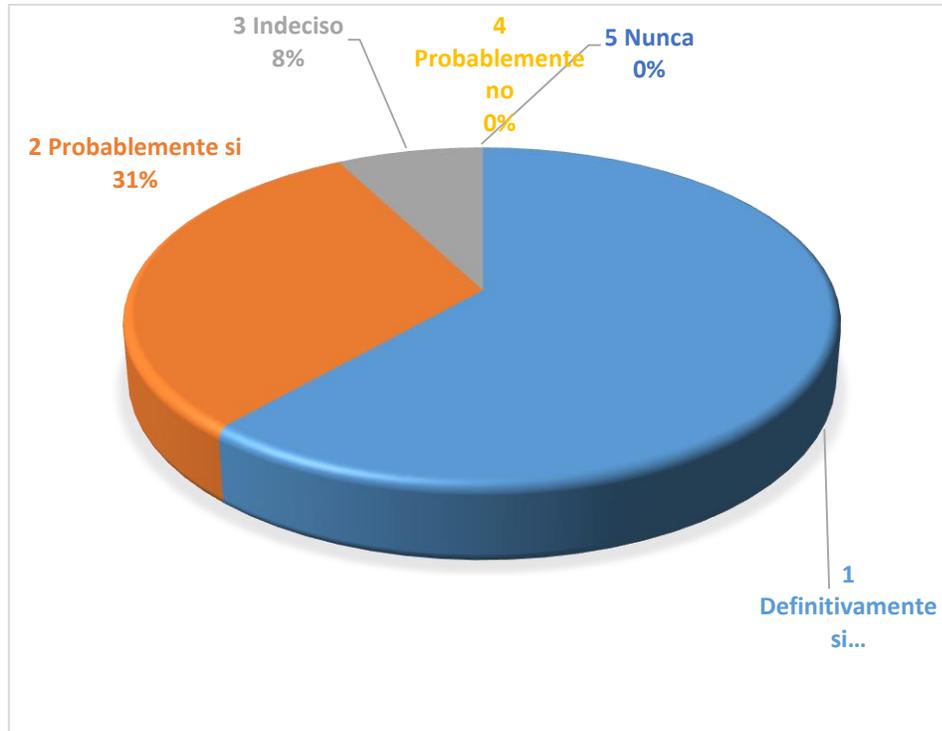
Grafica No.17

Asistencia de todos (as) sus integrantes a las reuniones de Consejo Consultivo, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 77% (10) respondieron que probablemente si asisten todos los integrantes a las reuniones

Grafica No. 18
Utilización del Cuadro de Mando Gerencial como herramienta principal en las reuniones de Consejo Consultivo, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015

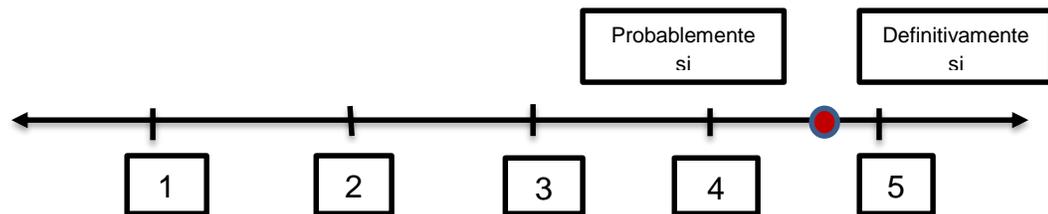


El 61% (8) respondieron que definitivamente si y el 31% (4) respondieron que probablemente si es utilizado el Cuadro de Mando Gerencial

Puntuación Escala de Likert para el Consejo Consultivo

Variable: Cuadro de Mando Gerencial

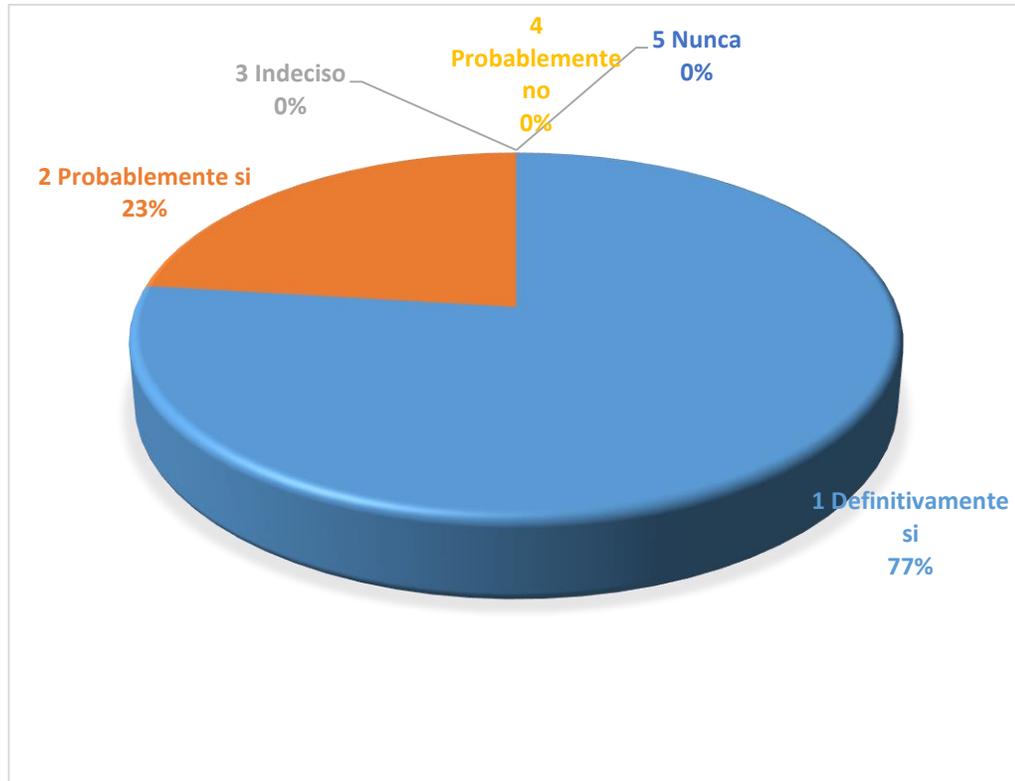
Valor= $4+5+5=14/3=4.6$



Puntuación mínima=3(1+1+1), puntuación máxima=15(5+5+5): La ponderación del resultado hacia la variable de utilización del Cuadro de Mando Gerencial es bastante favorable, ya que la puntuación fue de 4.6.

Grafica No. 19

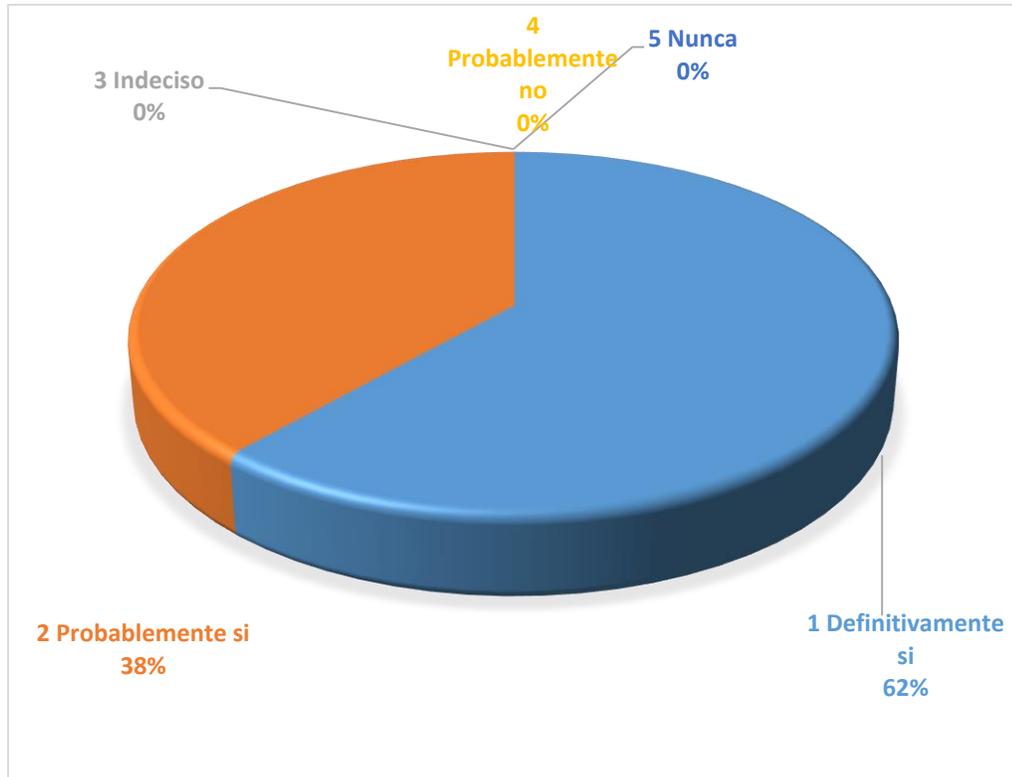
Discusión de los indicadores contemplados en el Cuadro de Mando Gerencial, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 77% (10) respondieron que definitivamente si y 23% (3) respondieron que probablemente si discuten los indicadores

Grafica No. 20

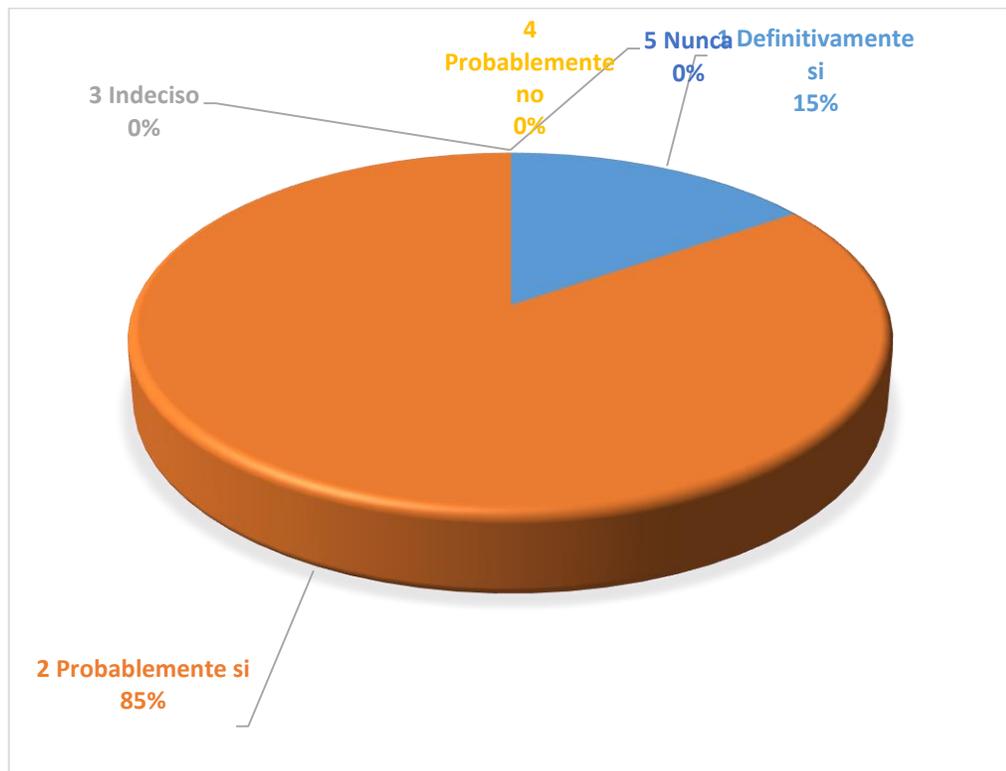
Toma de decisiones en base a la discusión del Cuadro de Mando Gerencial, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 62% (8) respondieron que definitivamente si y 38% (5) probablemente si toman decisiones en base a Cuadro de Mando Gerencial

Grafica No. 21

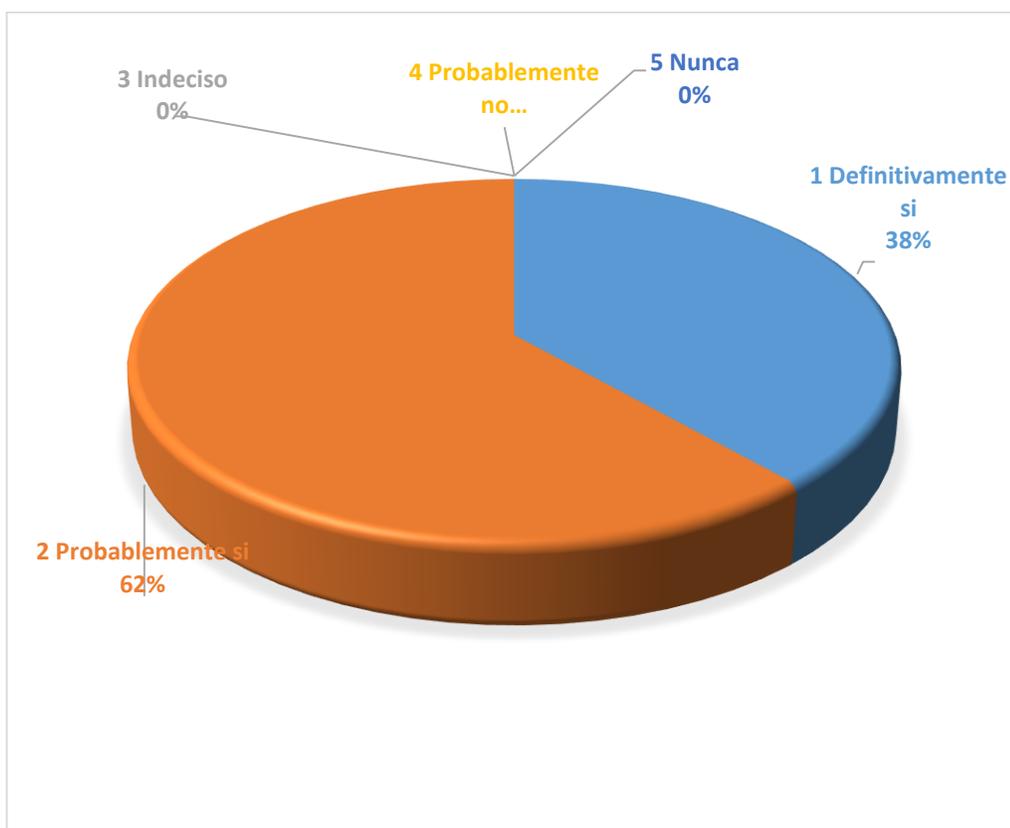
Definición de objetivos antes de tomar cualquier tipo de decisión, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 85% (11) respondieron que probablemente si definen objetivos antes de tomar decisiones

Grafica No. 22

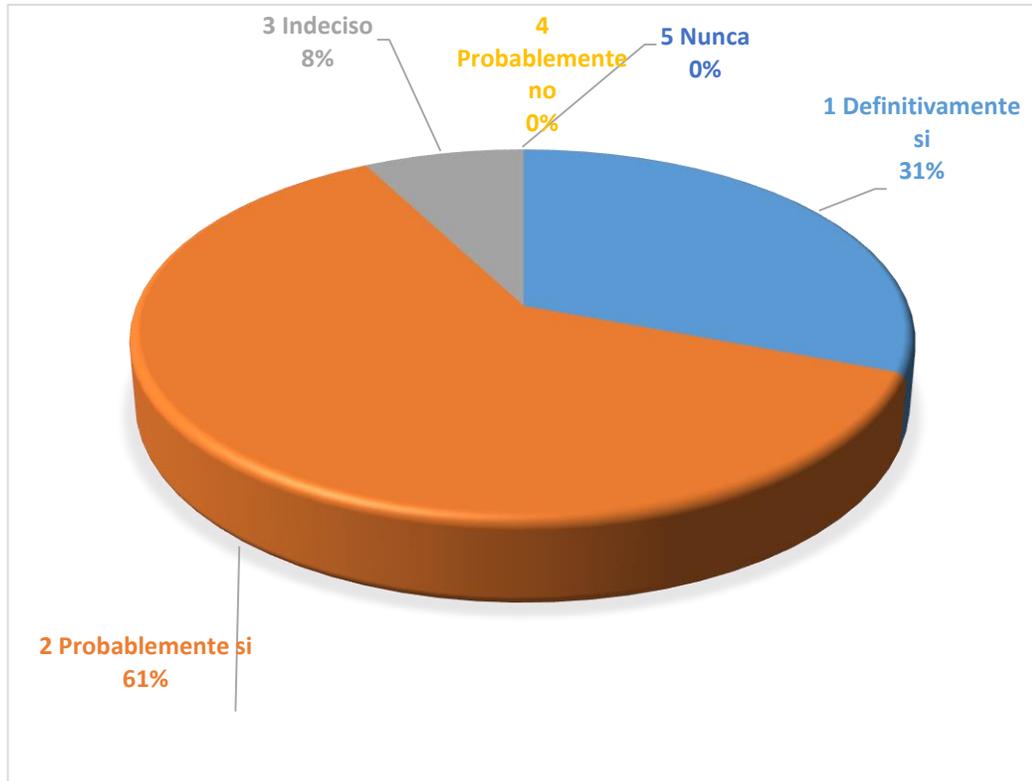
Obtención de la información necesaria para la resolución del problema, antes de tomar una decisión, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 62% (8) respondieron que probablemente sí y el 38% (5) definitivamente si obtienen la información necesaria para resolver el problema

Grafica No. 23

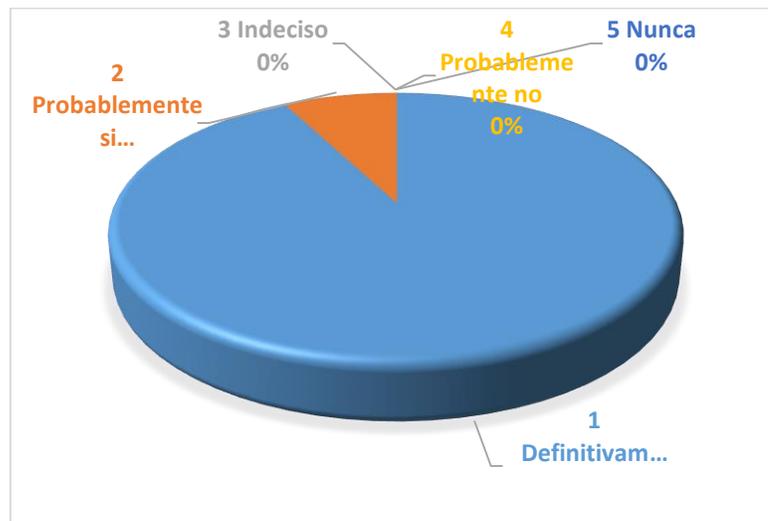
Enumeración de un conjunto de alternativas viables para dar respuesta a un problema identificado y finalmente tomar una decisión, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 61% (8) respondieron que probablemente si enumeran un conjunto de alternativas viables

Grafica No. 24

Elaboración de ayuda memoria de las reuniones de Consejo Consultivo, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 92% (12) respondieron que definitivamente si elaboran ayuda memoria

Grafica No. 25

Las decisiones tomadas se contemplan en la ayuda memoria elaborada en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015

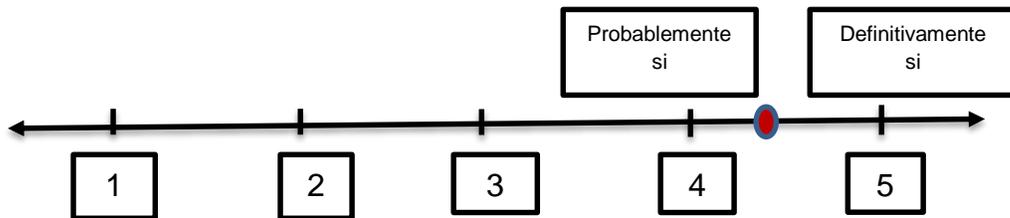


El 69% (9) respondieron que definitivamente y el 31% (4) respondieron que probablemente si las decisiones tomadas se contemplan en la ayuda memoria.

Puntuación Escala de Likert para el Consejo Consultivo

Variable: Toma de decisiones

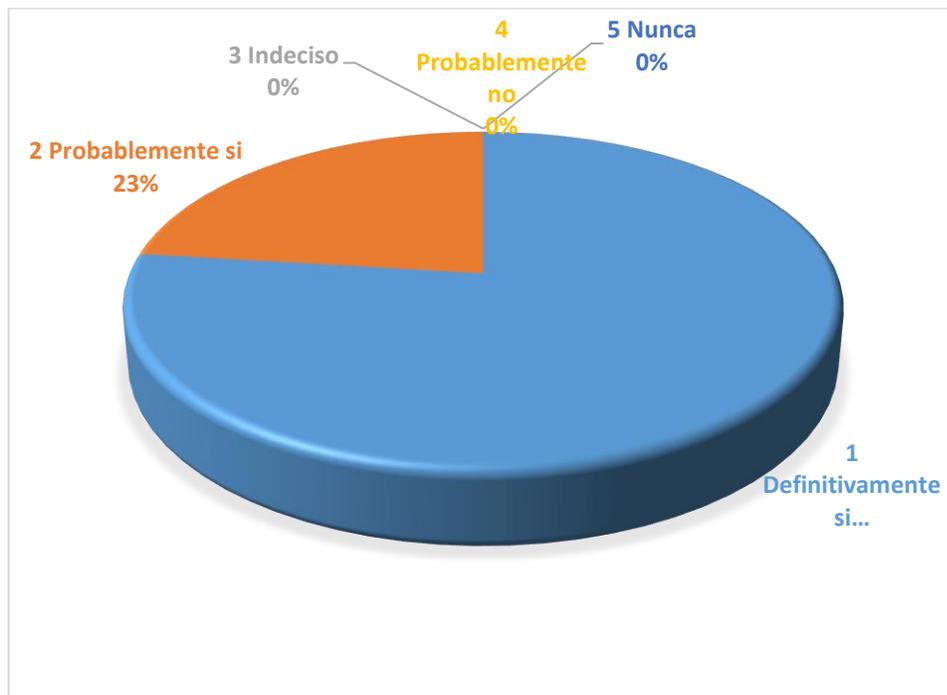
$$\text{Valor} = \frac{5+4+4+4+5}{5} = 4.4$$



Puntuación mínima=5(1+1+1+1+1), Puntuación máxima=25(5+5+5+5+5): La ponderación del resultado hacia la variable Toma de decisiones es bastante favorable, ya que la puntuación fue de 4.4.

Grafica No. 26

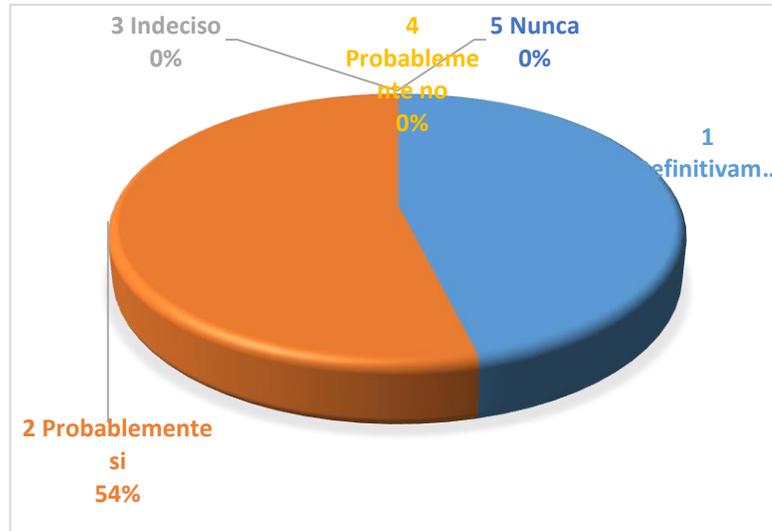
Seguimiento a los compromisos adquiridos en cada reunión en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 77% (10) respondieron que definitivamente si le dan seguimiento a los compromisos adquiridos en cada reunión

Grafica No. 27

Realización de gestiones para obtener los medicamentos requeridos para la atención en salud en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 54% (7) respondieron que probablemente sí y el 46% (6) que definitivamente si realizan gestiones para obtener los medicamentos requeridos

Grafica No. 28

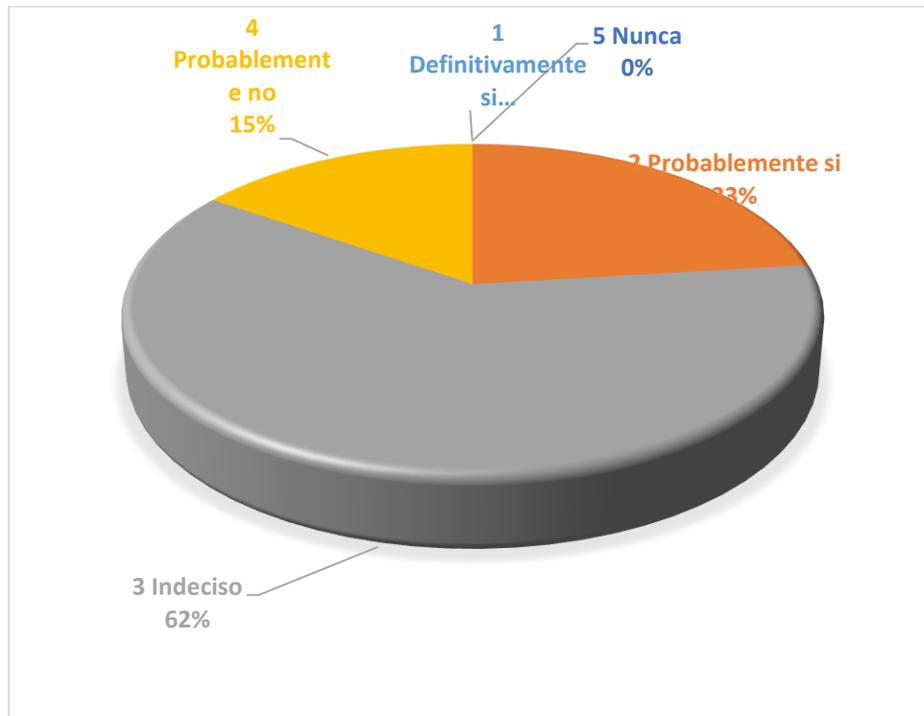
Realización de gestiones para obtener los insumos y materiales requeridos en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 54% (7) respondieron que definitivamente si y 38% (5) respondieron que probablemente si realizan gestiones para obtener los insumos y materiales requeridos

Grafica No. 29

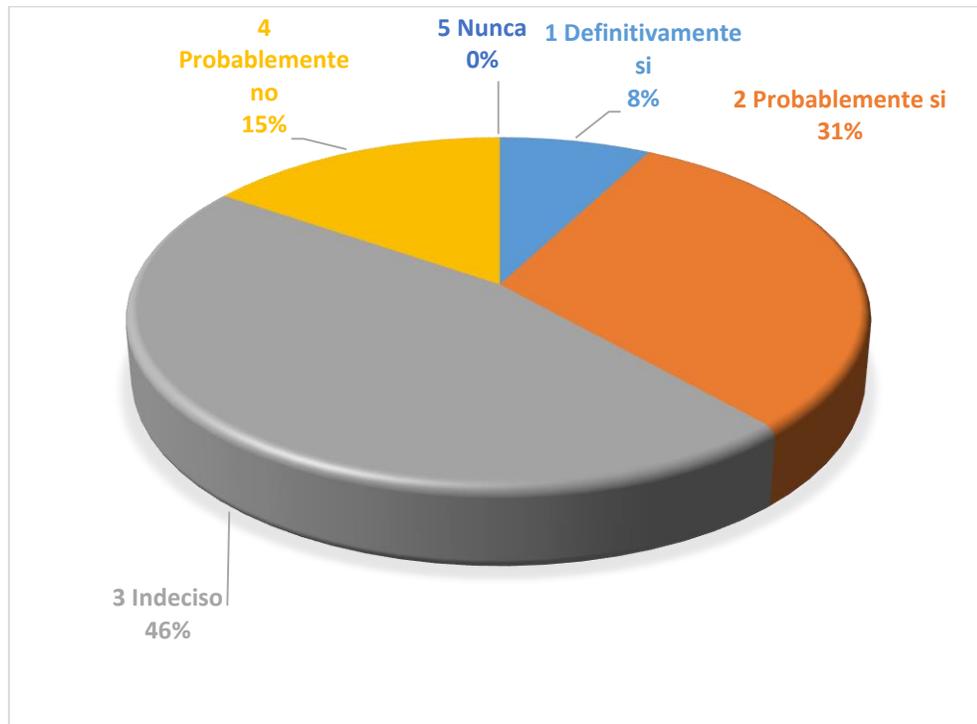
Apoyo financiero en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 62% (8) respondieron indeciso cuentan con apoyo financiero

Grafica No. 30

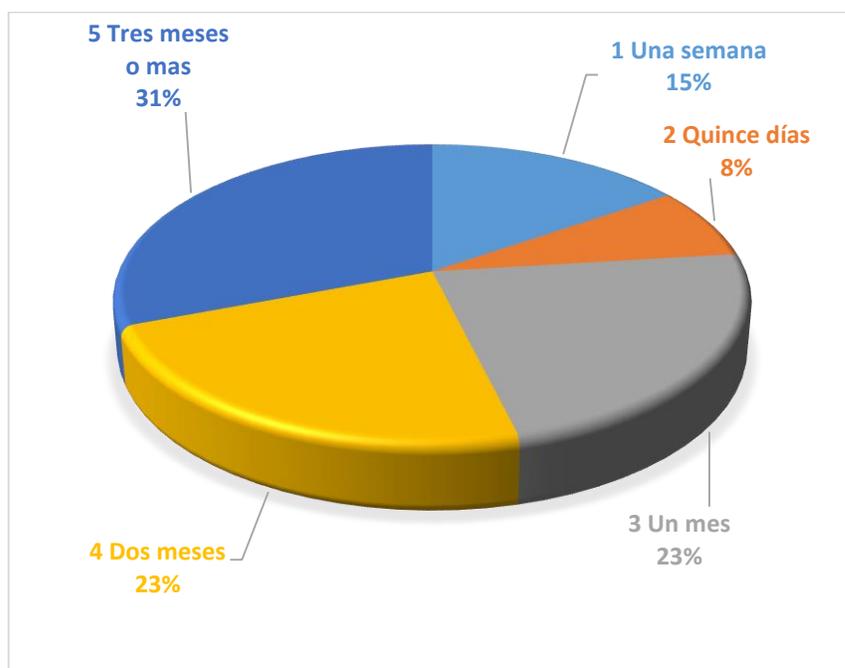
Apoyo político en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 46% (6) respondieron indeciso cuentan con apoyo político

Grafica No. 31

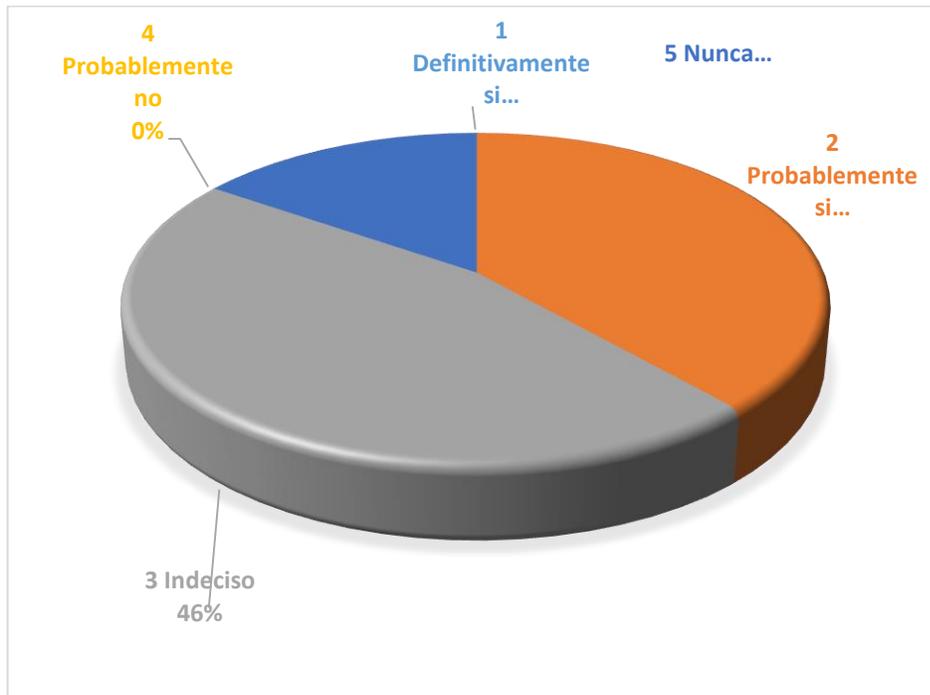
Tiempo que se tarda la gestión de los suministros solicitados en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 31% (4) respondieron que tres meses o y el 23% (3) 2 meses.

Grafica No. 32

Personal suficiente para el buen funcionamiento de su unidad en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 46% (6) respondieron indeciso cuentan con el personal suficiente

Grafica No. 33

Desarrollo de la gestión por procesos en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015

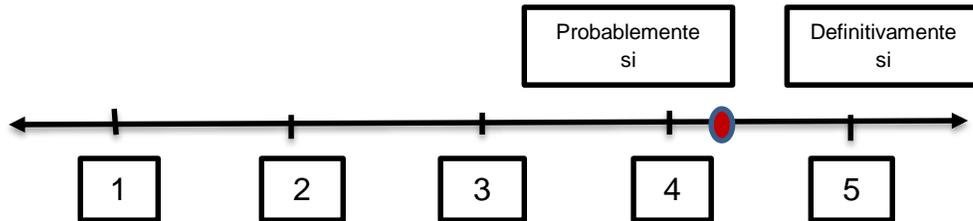


El 77% (10) respondieron que probablemente sí y el 23% (3) definitivamente si realizan la gestión por procesos

Puntuación Escala de Likert para el Consejo Consultivo

Variable: Gestión

Valor= $4+5+4=13/3=4.3$

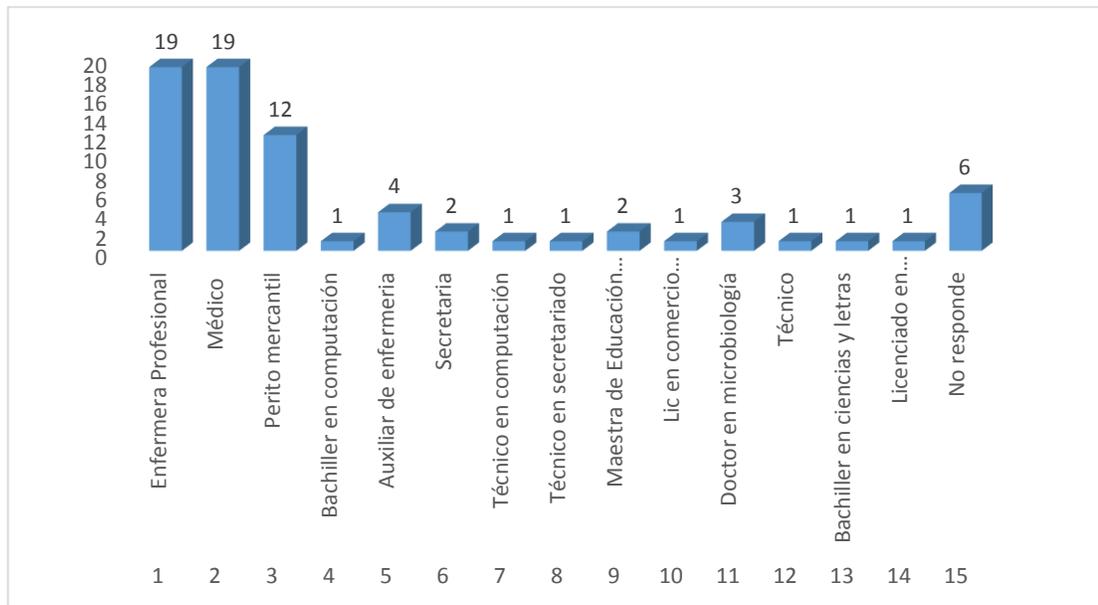


Puntuación mínima=3(1+1+1), Puntuación máxima=15(5+5+5): La ponderación del resultado hacia la variable Gestión es bastante favorable, ya que la puntuación fue de 4.3.

Servicios finales de instancias intermedias

Grafica No. 34

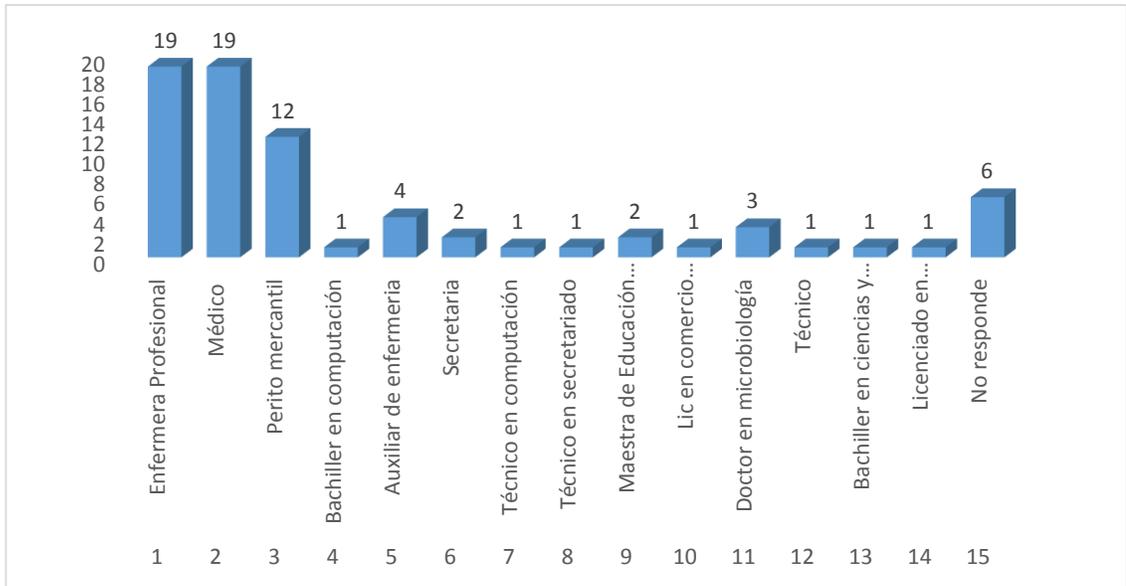
Integrantes de servicios finales e instancias intermedias según cargo en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



Total de representantes 74, de los cuales el 25.68% (19) son médicos asistenciales

Grafica No. 35

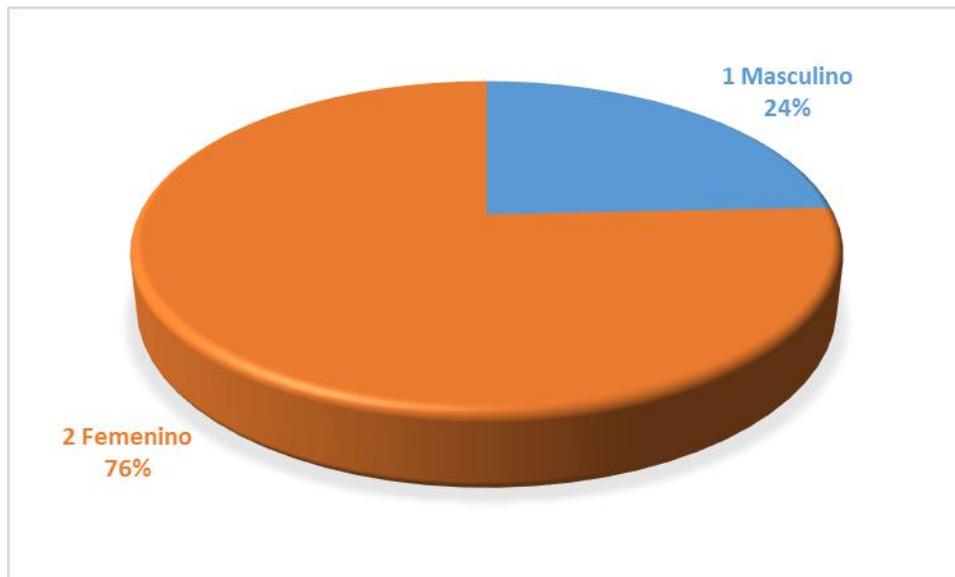
Integrantes de servicios finales e instancias intermedias según profesión en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 25.68% (19) tienen como profesión Licenciados (as) en Enfermería

Grafica No. 36

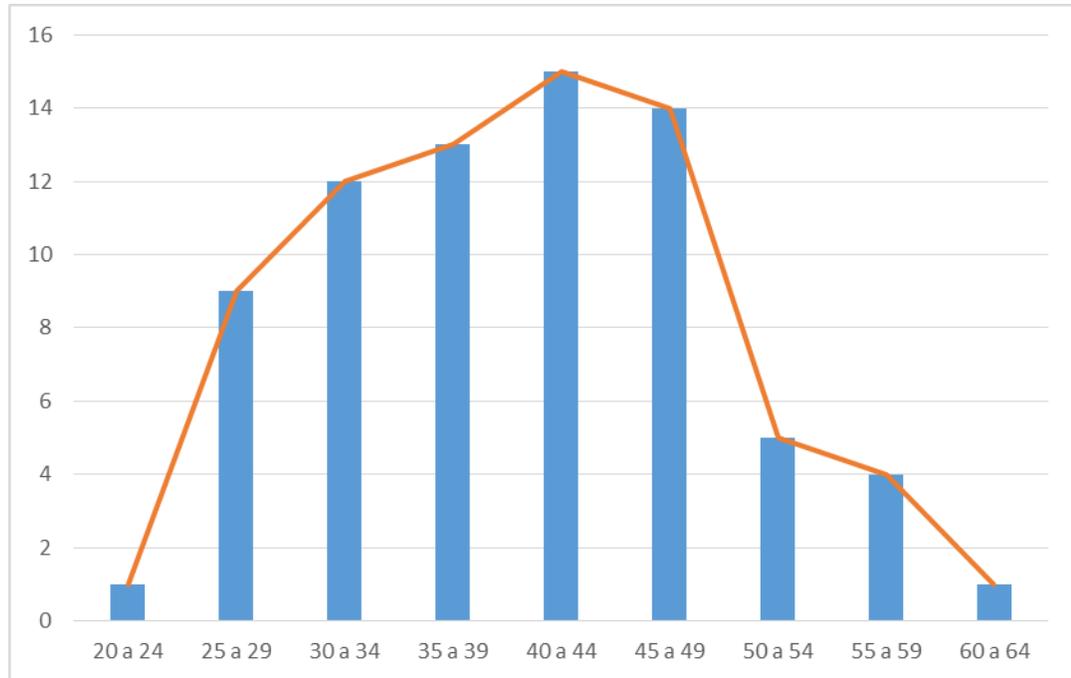
Distribución por sexo de integrantes de servicios finales e instancias intermedias del Hospital Santa Teresa Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 76 % (56) corresponden al sexo femenino

Grafica No.37

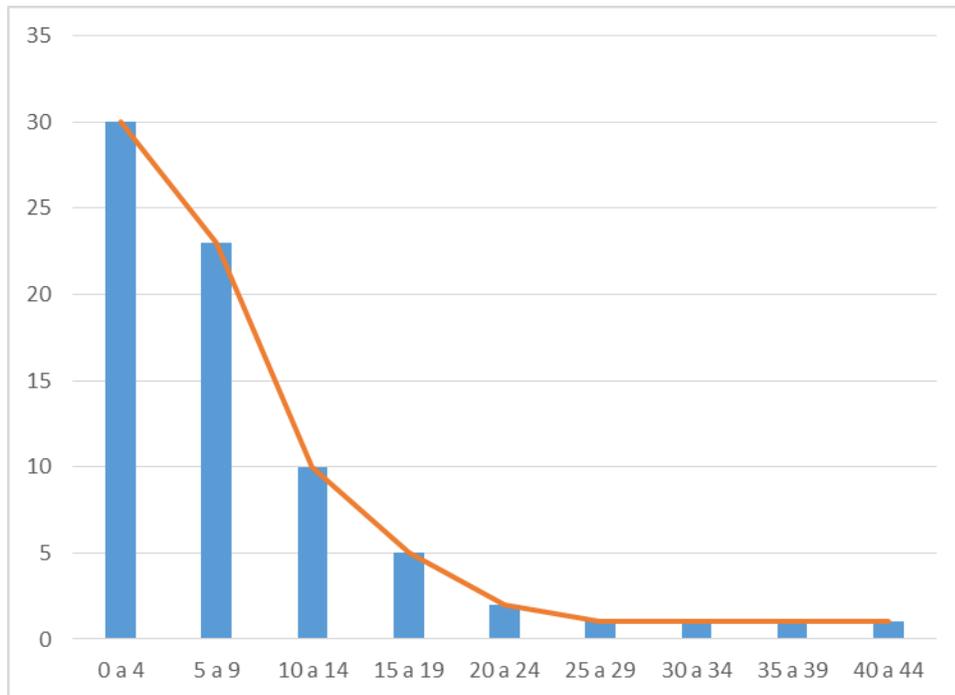
Distribución de edades de los empleados en los servicios finales e instancias intermedias Hospital Santa Teresa Comayagua, periodo enero a junio 2015



Los empleados de los servicios finales e instancias intermedias muestran un promedio de edad de 39 años, se aprecia una tendencia hacia una distribución normal con una muestra homogénea.

Grafica No. 38

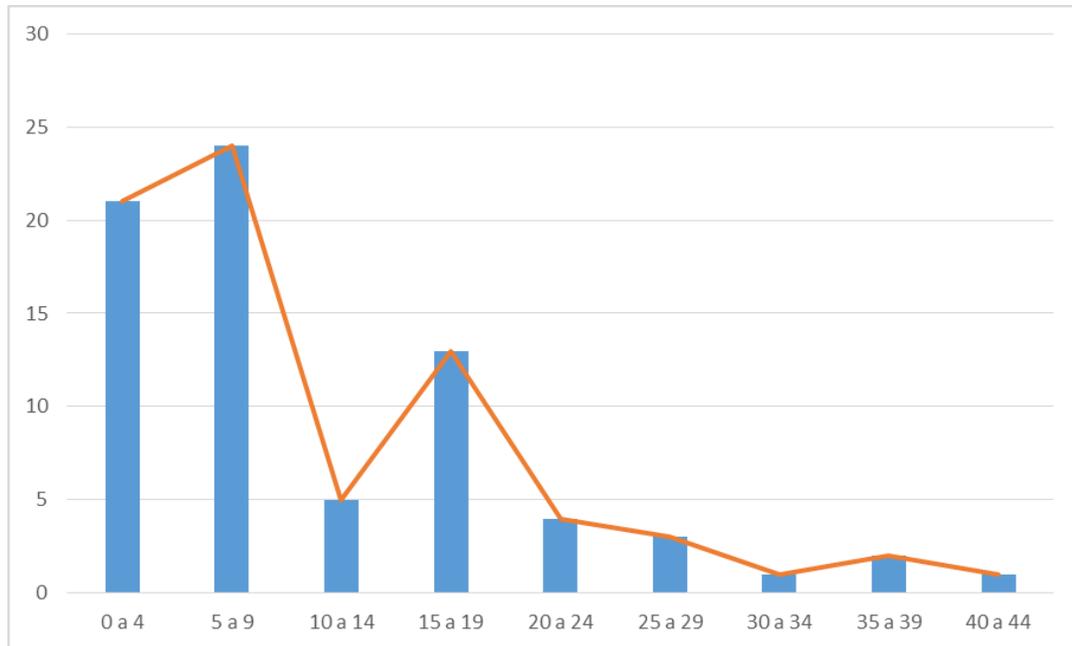
Tiempo de laborar en la dependencia, según cargo en el Hospital Santa Teresa Comayagua de Comayagua, periodo enero a junio 2015



Se muestra un sesgo hacia la izquierda de los datos, concentrándose alrededor del intervalo de clase en de 0 a 4 años, representan una población muy joven en el desarrollo de sus labores.

Grafica No. 39

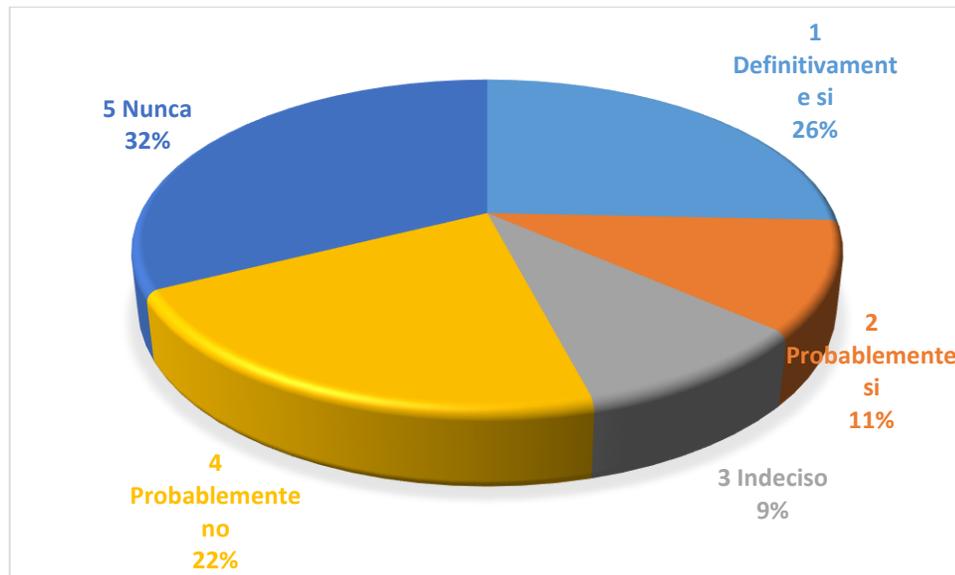
Tiempo de laborar en el Hospital Santa Teresa Comayagua de Comayagua, periodo enero a junio 2015



Se muestra un sesgo hacia la izquierda de los datos, concentrándose alrededor del intervalo de clase en de 5 a 9 años, representan una población joven en el desarrollo de sus labores.

Grafica No. 40

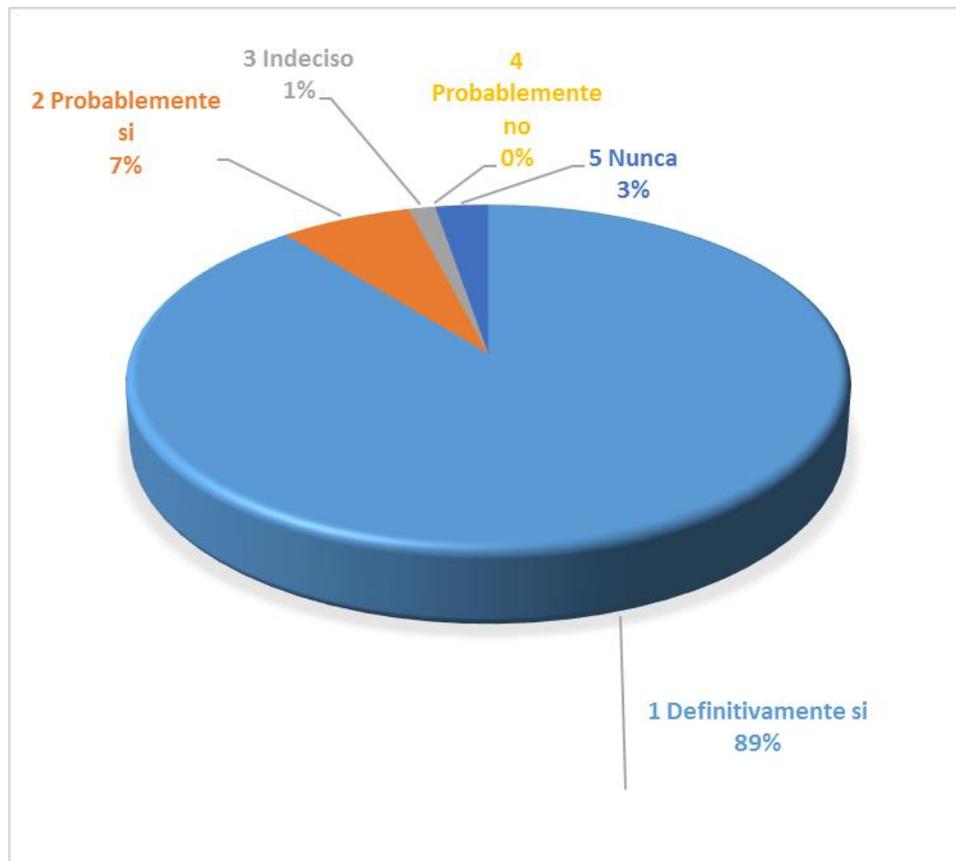
Inducción de los empleados de los servicios finales e instancias intermedias antes de ingresar al puesto, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 32% (24) respondieron que nunca recibieron inducción

Grafica No.41

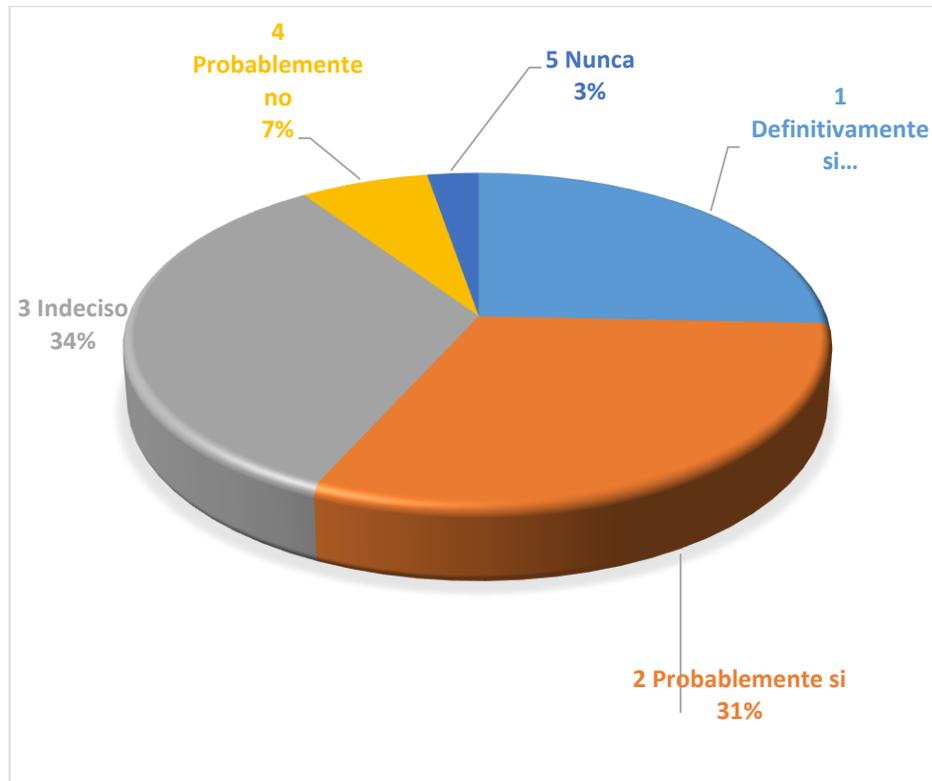
Empleados de servicios finales e instancias intermedias que consideran que la inducción es importante, en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 89% (66) respondieron que definitivamente si es importante la inducción

Grafica No. 42

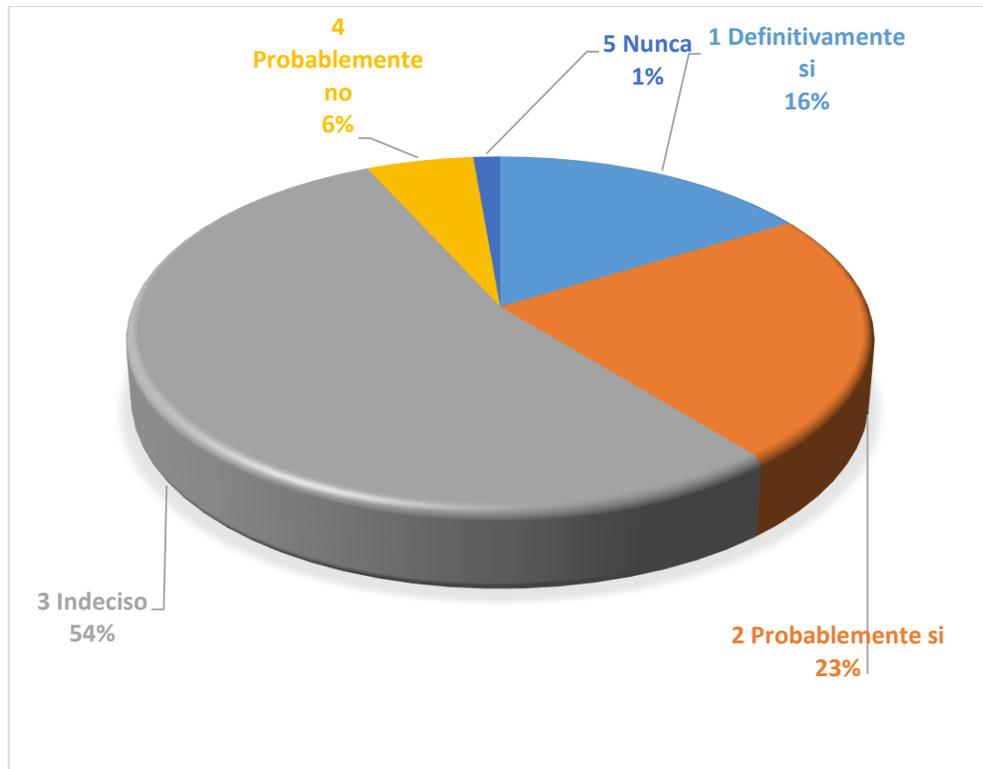
Conocimiento sobre las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 34% (25) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 43

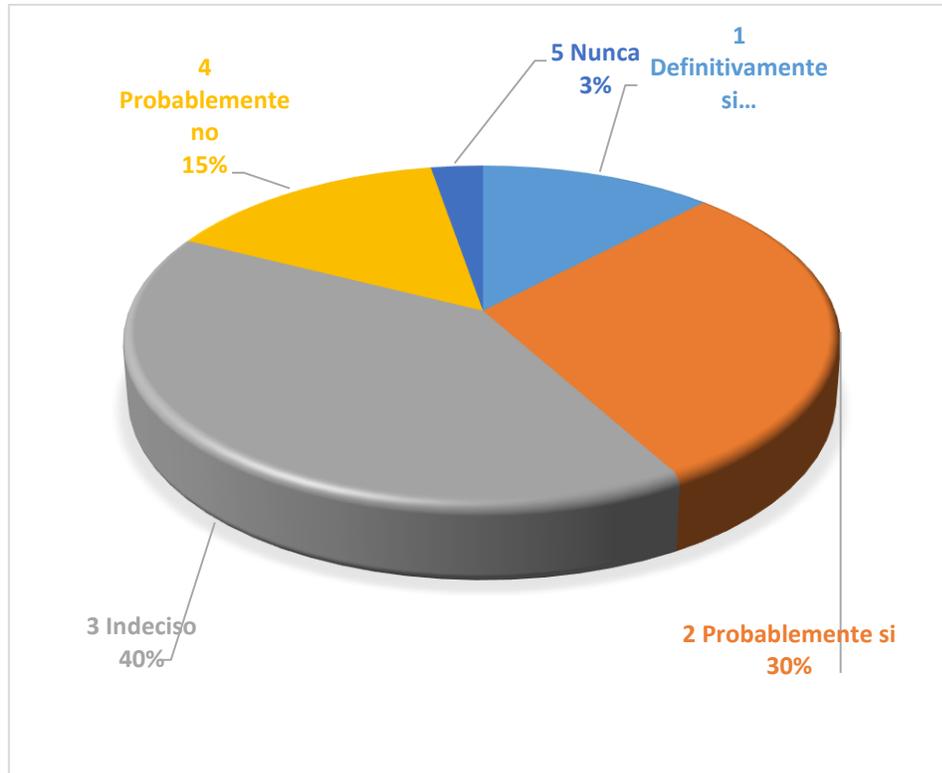
Aplicación de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 54% (40) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 44

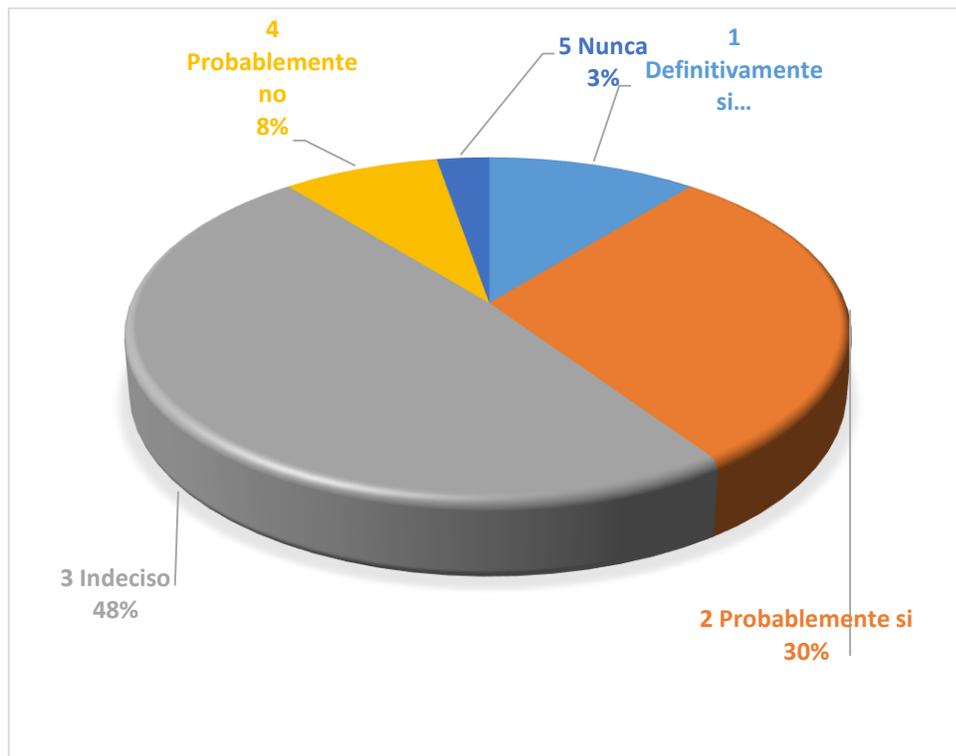
Conocimiento sobre el flujo de la información establecido en las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 40% (30) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 45

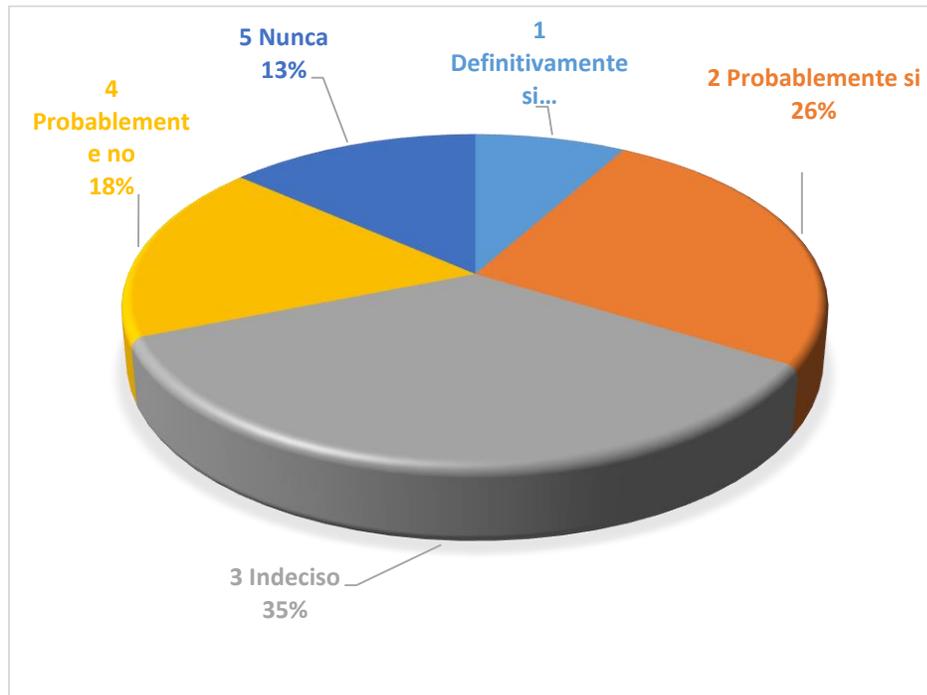
Aplicación del flujo de la información establecido en las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 48% (36) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 46

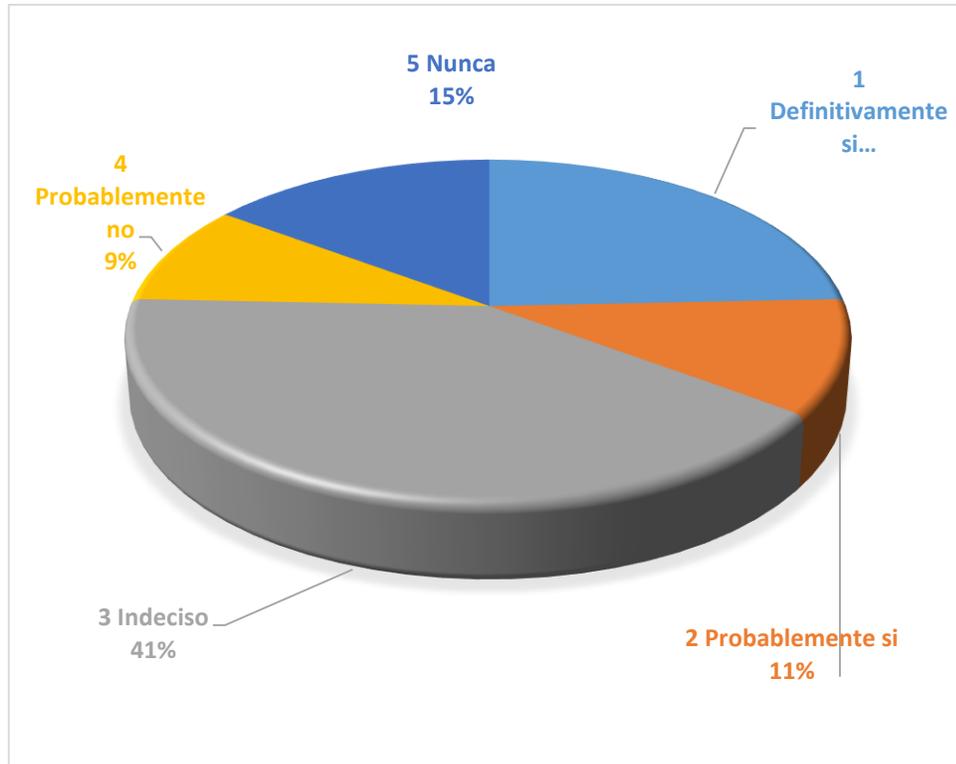
Realización de reuniones según lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 35% (26) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 47

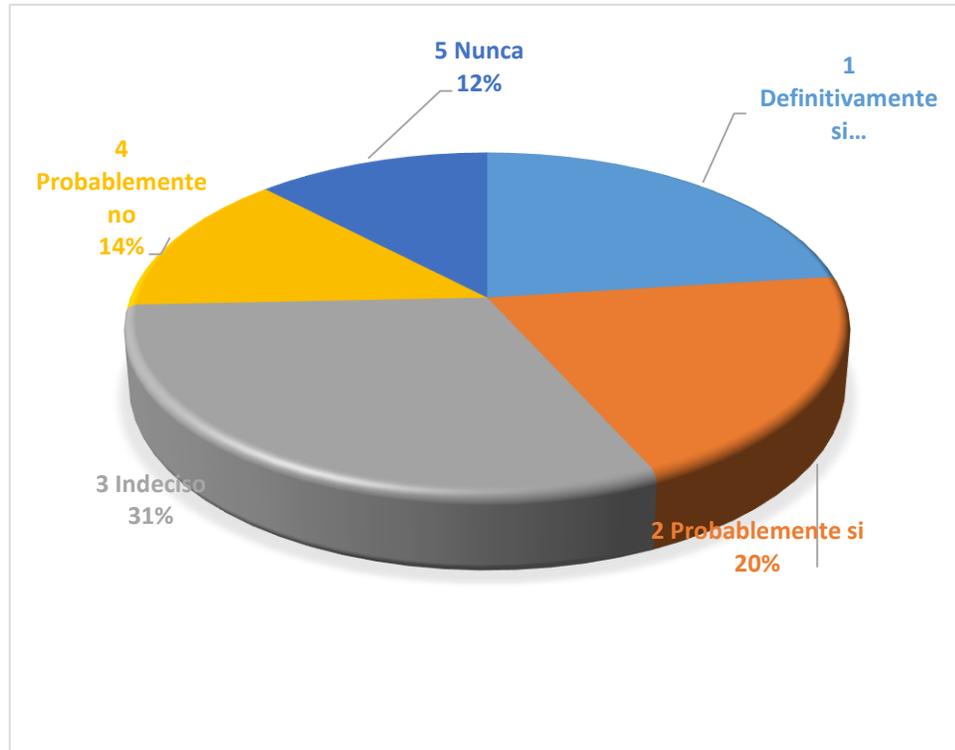
Discusión de los resultados de los indicadores de su servicio y/o instancia intermedia en las reuniones en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 41% (30) respondieron de forma indecisa y 24% (18) que definitivamente si

Grafica No. 48

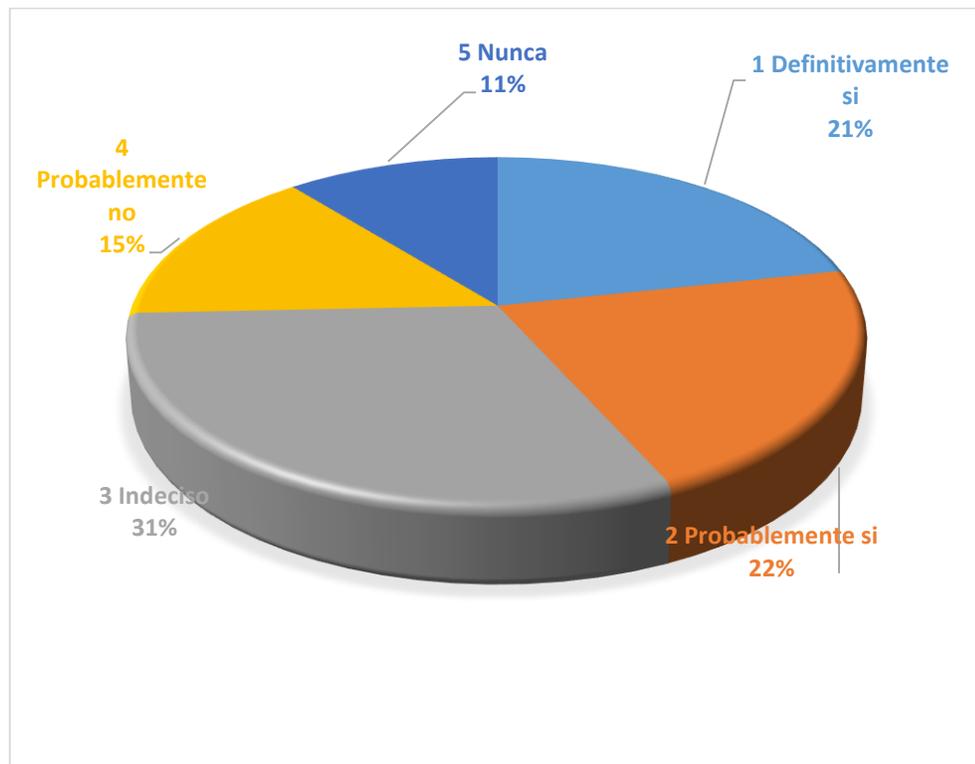
Análisis de los resultados de los indicadores de servicios y/o instancias intermedias en las reuniones en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 31% (23) respondieron de forma indecisa y el 23% (17) definitivamente si

Grafica No. 49

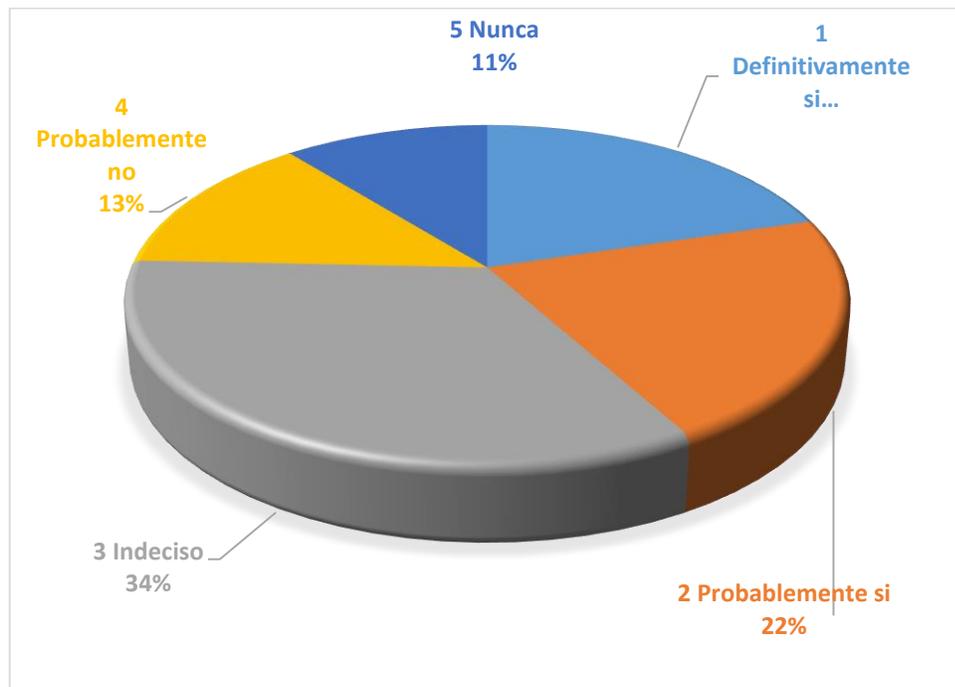
Toma de decisiones ante los resultados de los indicadores bajos en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 31% (23) respondieron de forma indecisa y el 22% (22) probablemente si

Grafica No. 50

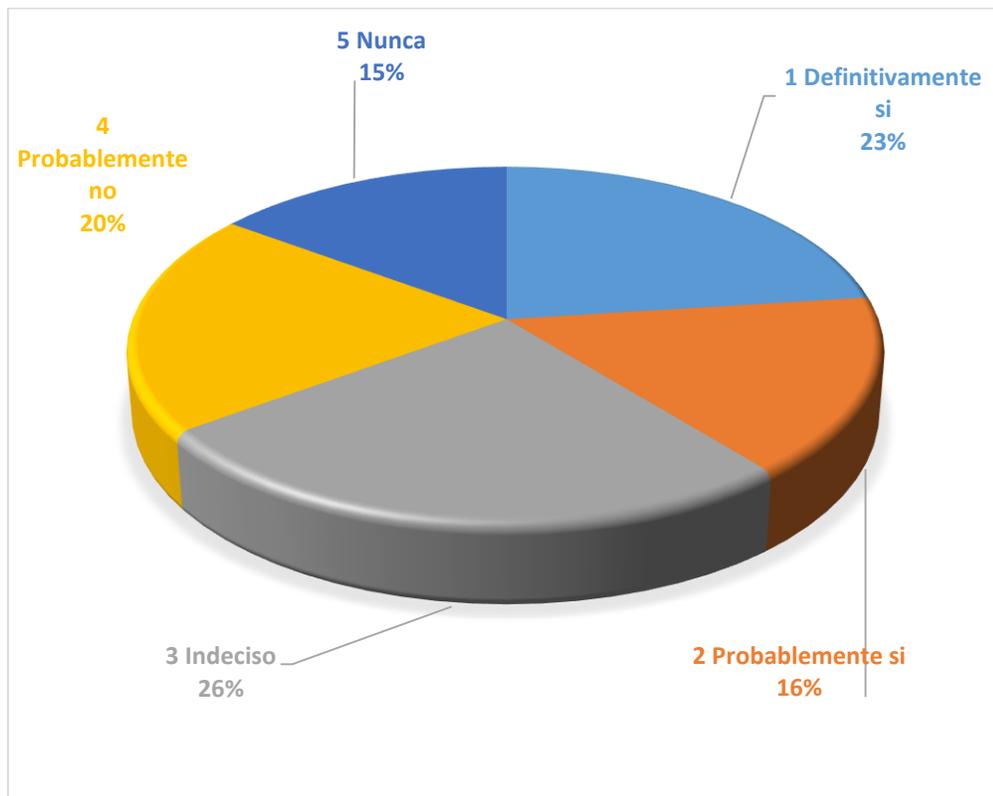
Toma de decisiones ante los resultados de los indicadores medios en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 34% (25) respondieron de forma indecisa y el 22% (16) probablemente si

Grafica No. 51

Toma de decisiones ante los resultados de los indicadores altos en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015

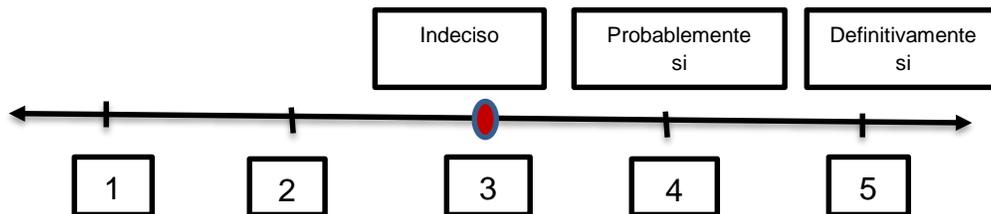


El 26% (19) respondieron de forma indecisa y el 23% (17) definitivamente si

Puntuación Escala de Likert para los Servicios finales e instancias intermedias

Variable: Toma de decisiones

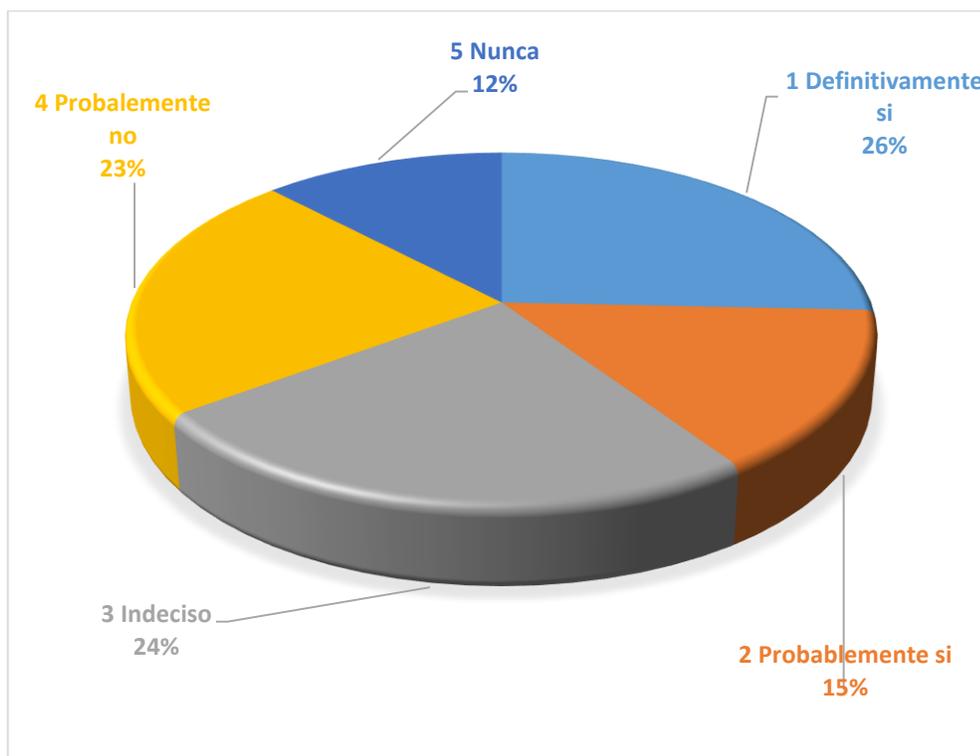
Valor= $3+3+3=9/3=3$



Puntuación mínima= $3(1+1+1)$, Puntuación máxima= $15(5+5+5)$: La ponderación del resultado hacia la variable toma de decisiones, fue de 3, ya que los empleados de servicios finales e instancias intermedias respondieron de forma indecisa.

Grafica No. 52

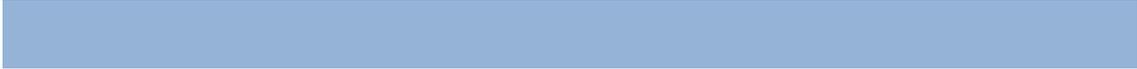
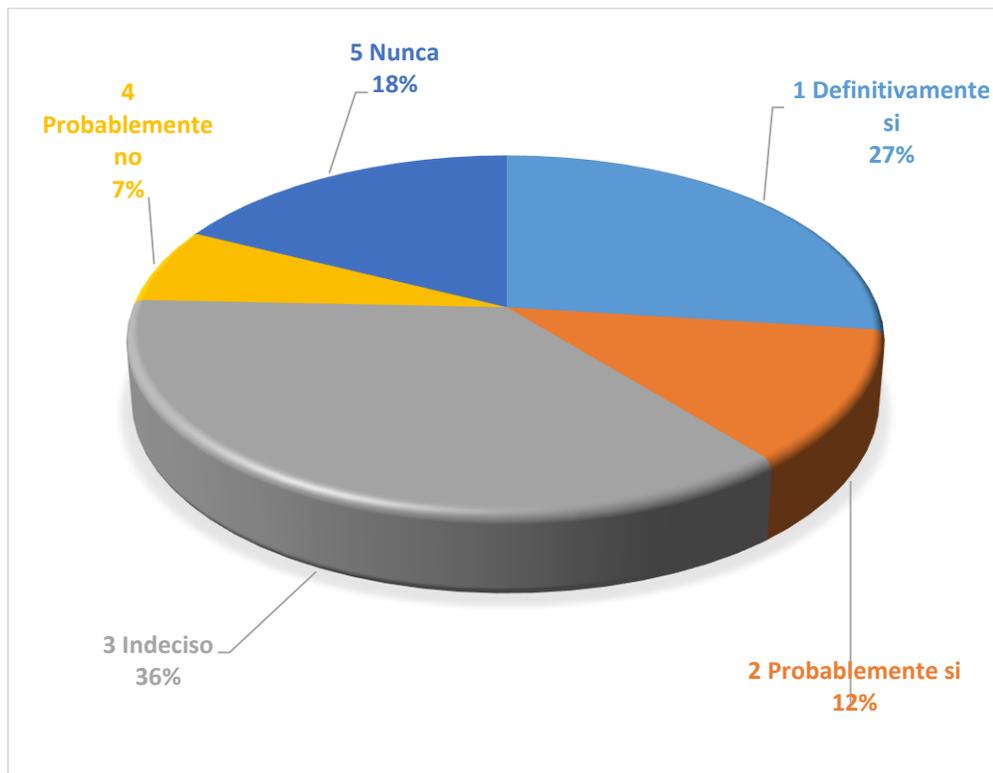
Recomendaciones ante los resultados de los indicadores en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 24% (19) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 53

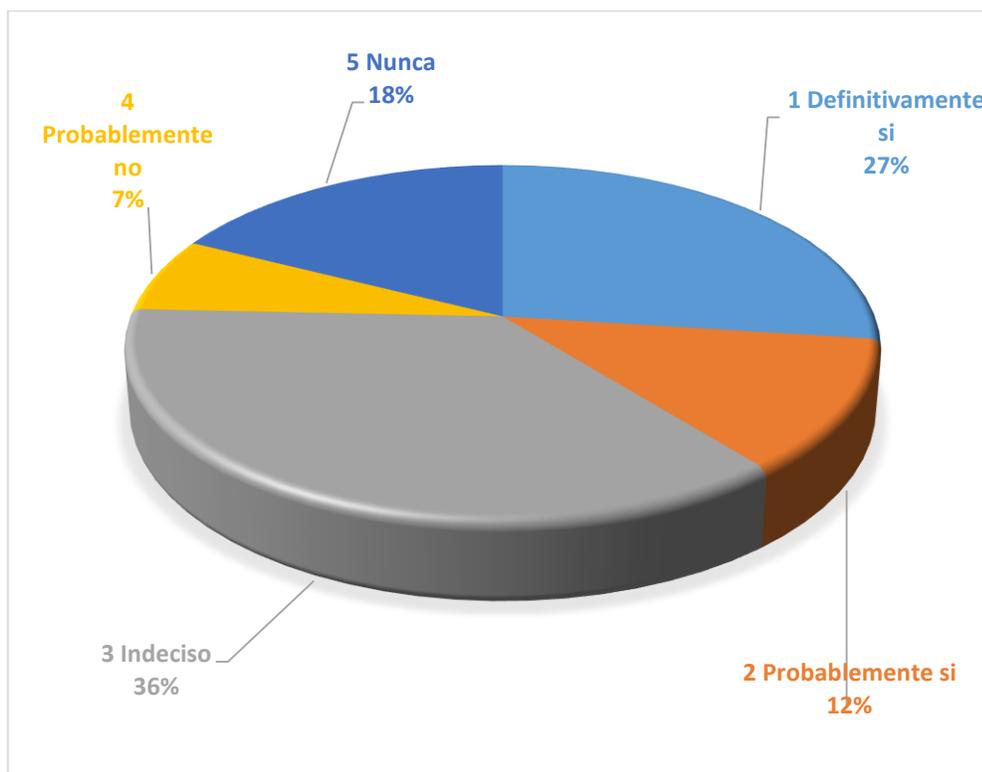
Elaboración de ayuda memoria en cada reunión en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 36% (27) respondieron de forma indecisa y el 27% (20) definitivamente si

Grafica No. 54

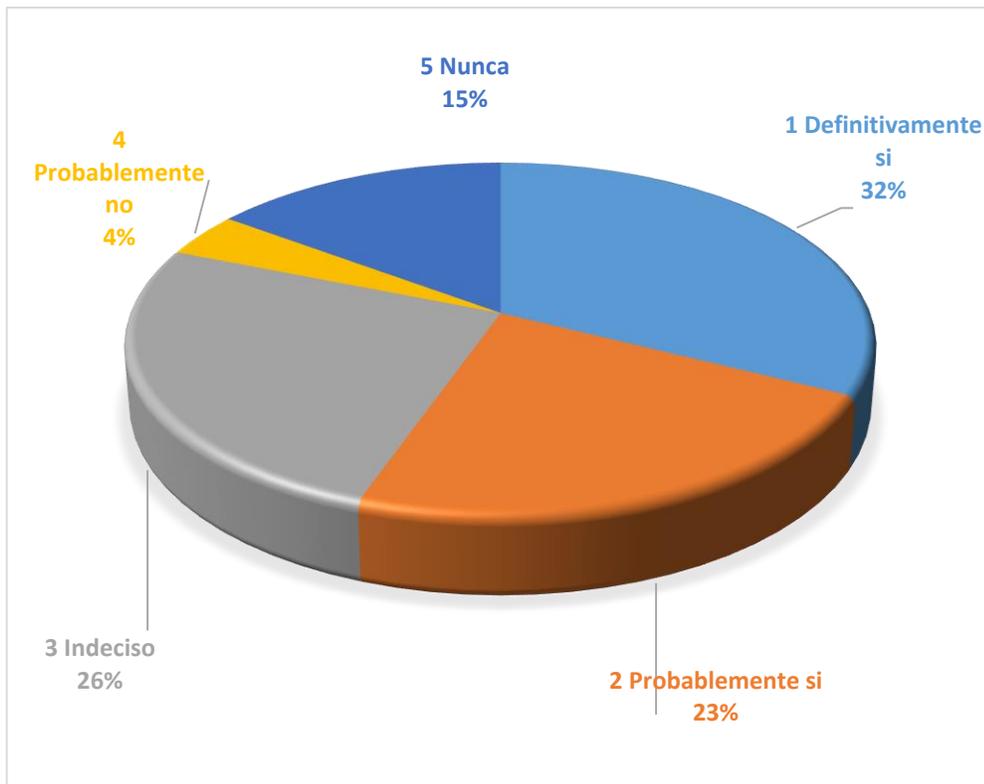
Seguimiento a los compromisos adquiridos en cada reunión en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 36% (27) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 55

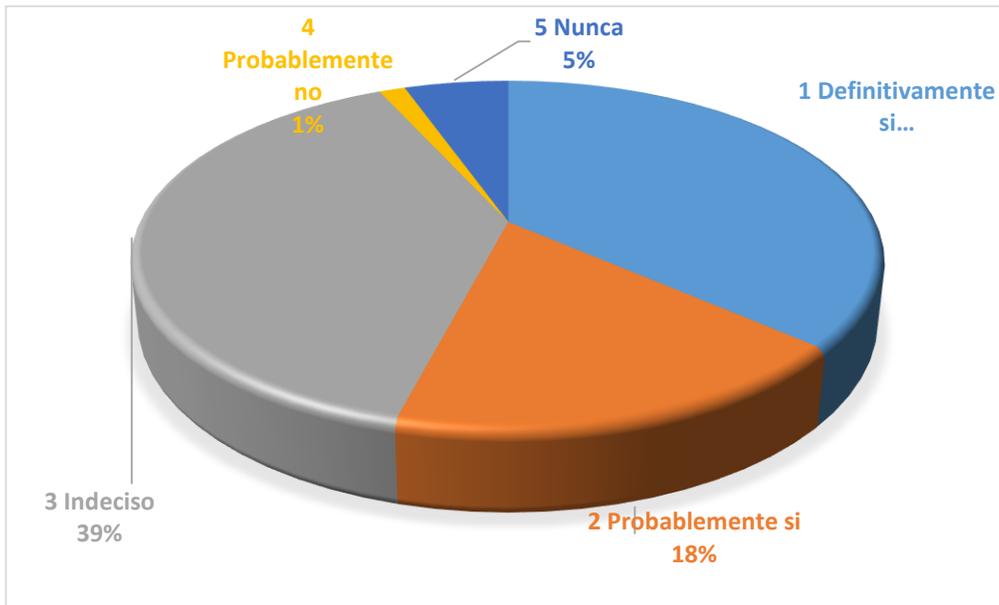
Envío de manera oportuna la información a la Unidad de Gestión de la Información (UGI) para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 32% (24) respondieron que definitivamente sí y el 26% (19) indeciso envían de manera oportuna la información

Grafica No.56

Envío de manera completa la información a la Unidad de Gestión de la Información (UGI) para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015

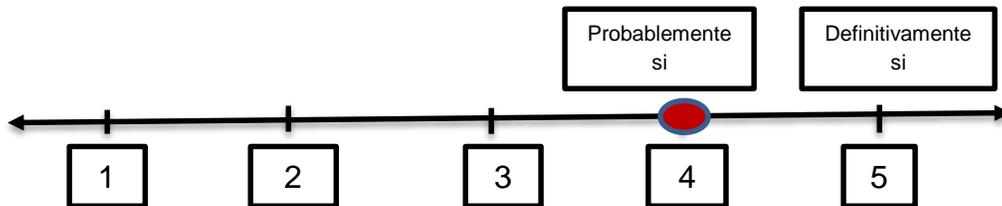


El 39% (29) respondieron de forma indecisa y el 37% (27) definitivamente si

Puntuación Escala de Likert para los Servicios finales e instancias intermedias

Variable: Cuadro de Mando Gerencial

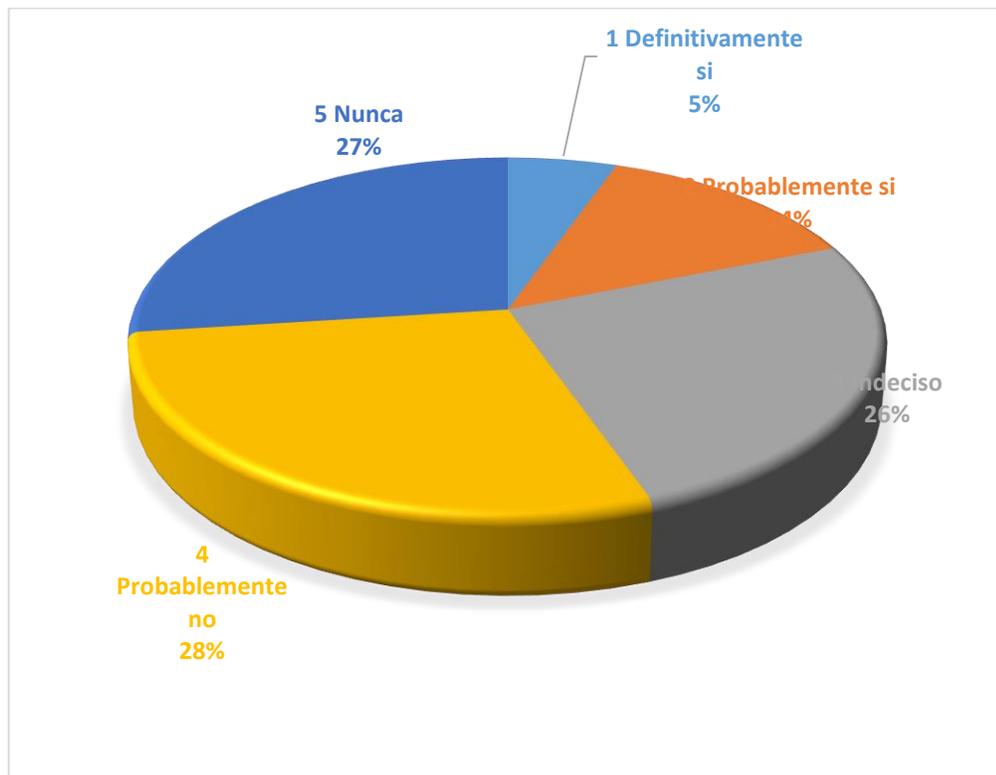
Valor= $5+3=8/2=4$



Puntuación mínima= $2(1+1)$, Puntuación máxima= $10(5+5)$: La ponderación del resultado hacia la variable Cuadro de Mando Gerencial es bastante favorable, ya que la puntuación fue de 4.

Grafica No.57

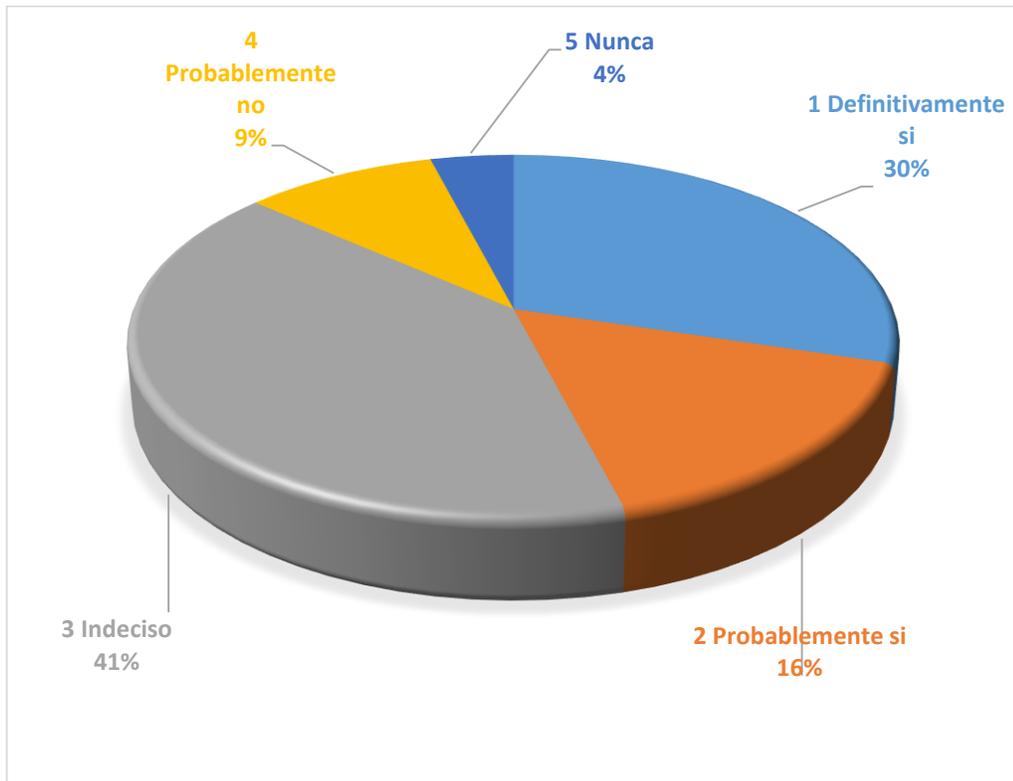
Retroalimentación por parte del nivel de conducción en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 28% (21) respondieron que probablemente no

Grafica No. 58

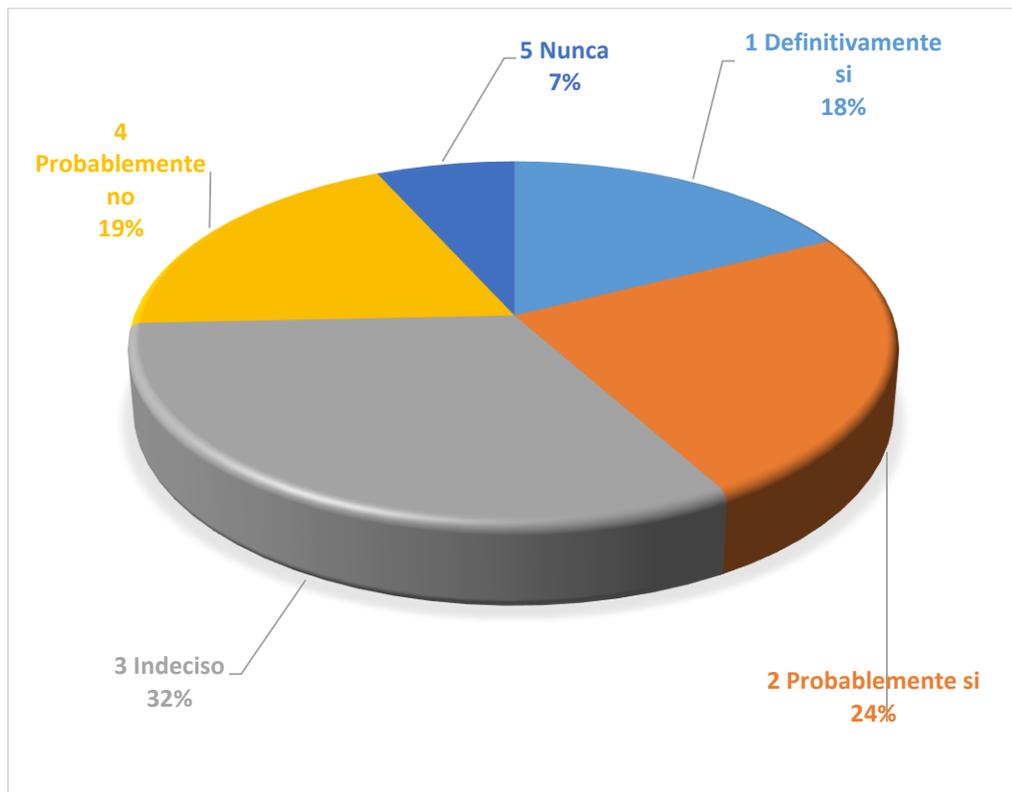
Apoyo del jefe cuando se presenta algún problema en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 41% (30) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 59

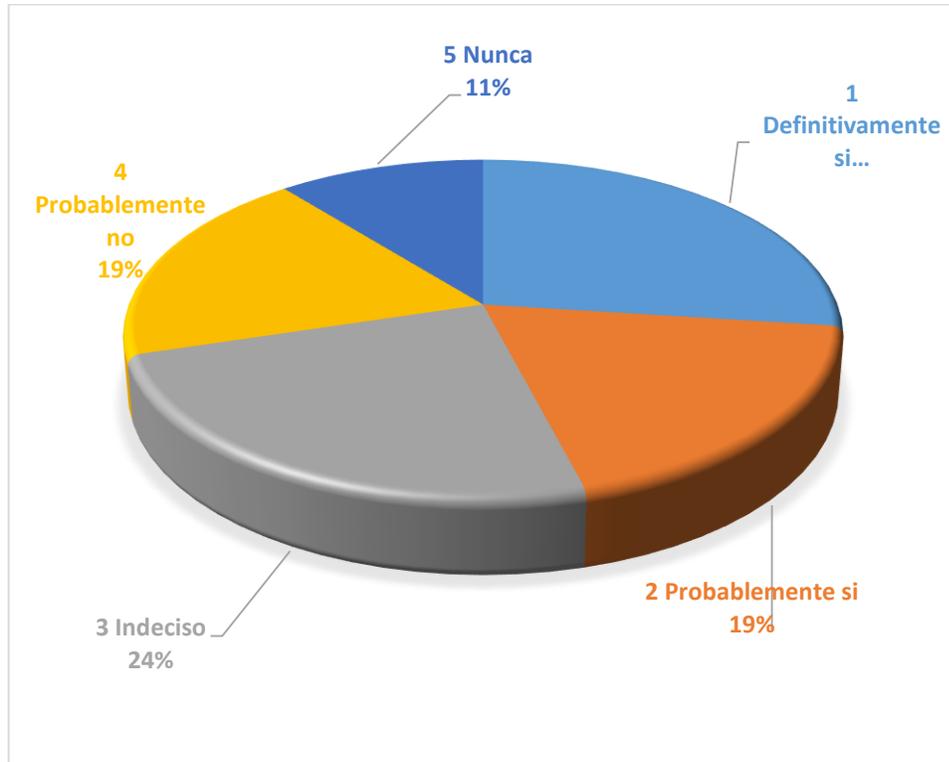
Coordinación de actividades con otro servicio o instancia intermedia en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 32% (24) respondieron de forma indecisa

Grafica No. 60

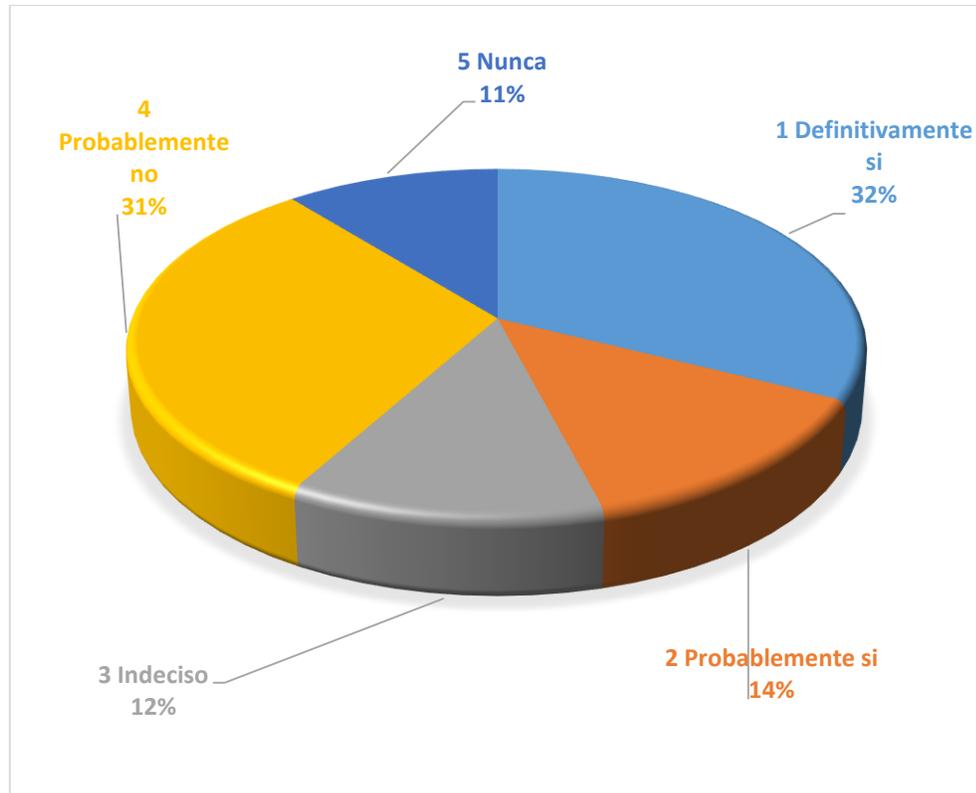
Supervisión del trabajo que realiza en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 27% (20) respondieron que definitivamente si les supervisan

Grafica No. 61

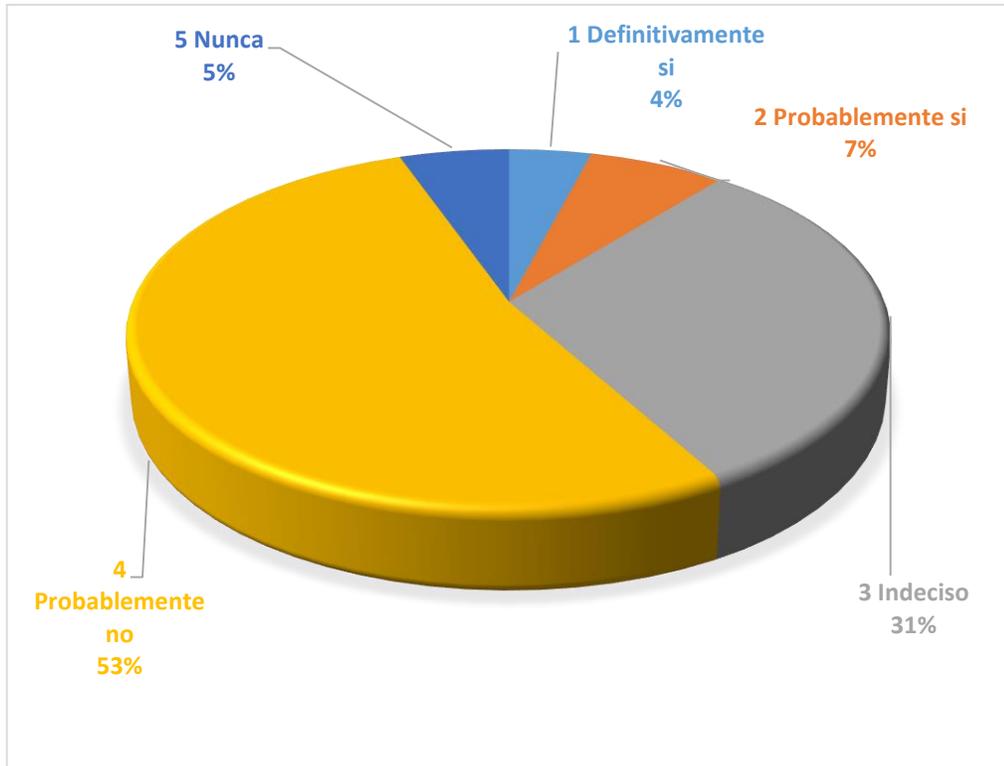
Evaluación para todo el personal que labora en esta dependencia en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 32% (24) respondieron que definitivamente si existe evaluación

Grafica No. 62

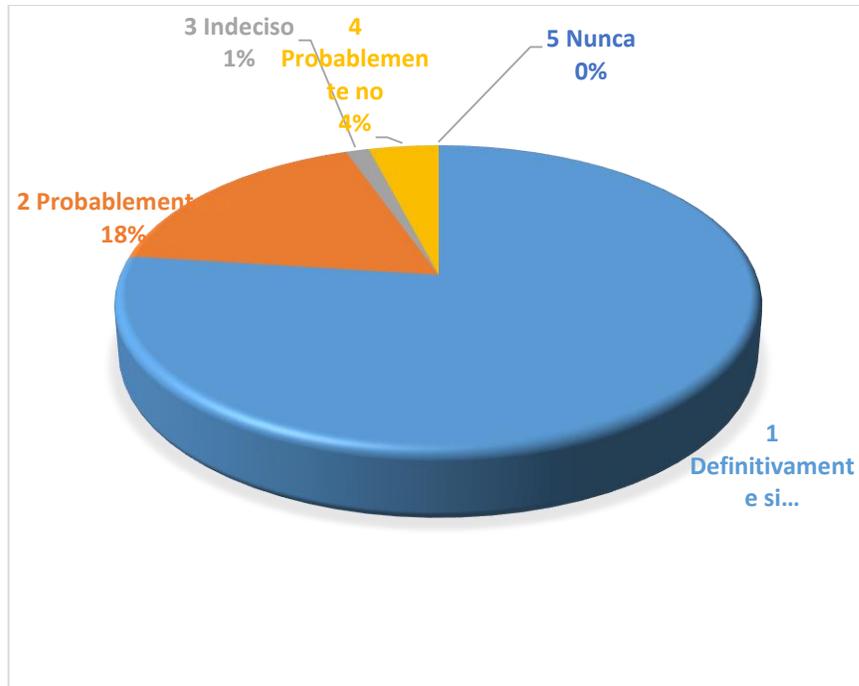
Existencia de materiales, herramientas e insumos necesarios oportunamente en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 53% (39) respondieron que probablemente no y el 31% (23) indeciso

Grafica No. 63

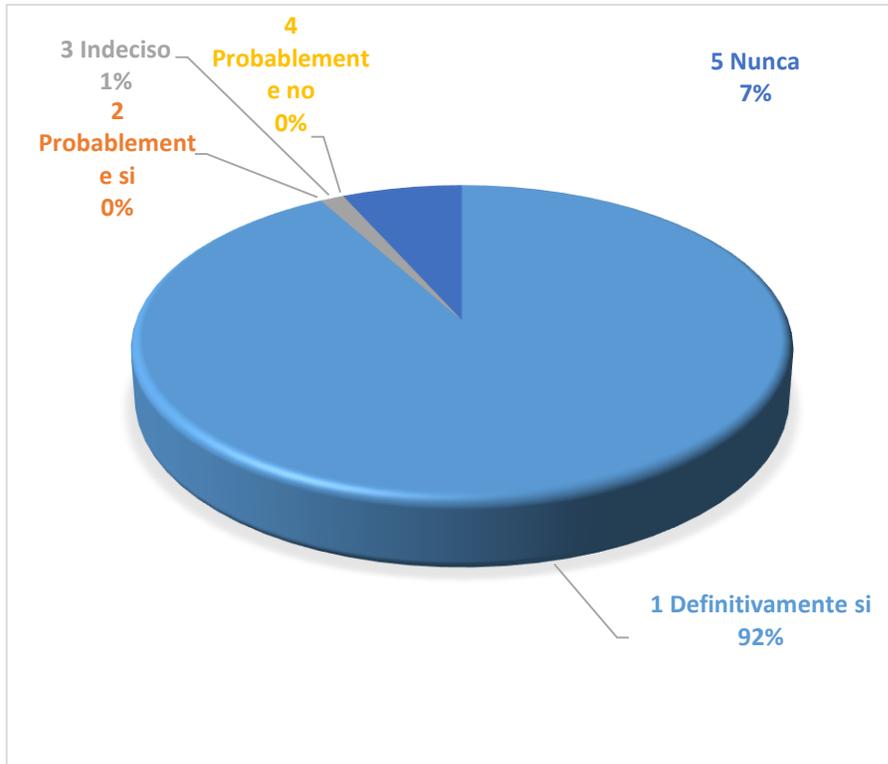
Necesidad de capacitación para mejorar su trabajo en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 77% (57) respondieron que definitivamente si es necesaria la capacitación

Grafica No. 64

El servicio o instancia intermedia cuenta con el personal suficiente para desarrollar el trabajo en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, periodo enero a junio 2015



El 92% (68) respondieron que si cuentan con el personal suficiente

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

La gestión hospitalaria es la relación existente entre la estructura y el proceso de los servicios de salud y los productos obtenidos en el campo científico, administrativos y financieros en un periodo determinado, generalmente 1 año” (Malagon-Londoño G. M., 2000). Que además comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo a fin de lograr los objetivos de una empresa y que además en la gestión, los directivos utilizan ciertos principios que les sirven de guía en este proceso. Para ello es necesaria la utilización del Cuadro de Mando Gerencial, que servirá para evaluar los indicadores en la gestión y así determinar la toma de decisiones.

El análisis de los resultados se inició tomando el Consejo Consultivo como órgano asesor en la gestión hospitalaria, en el que se hizo la revisión documental a través de la revisión de las ayudas memorias elaboradas durante las reuniones sostenidas por el Consejo Consultivo, período enero a junio del 2015 y se encontró evidencia de las mismas (5 ayudas memorias), las cuáles no cumplieron en su totalidad en abordar aspectos como: indicadores con resultados bajos.

Dependiendo del reporte del Cuadro de Mando Gerencial y su respectivo análisis o la razón por la cual no alcanzaron el estándar establecido, las decisiones tomadas de forma oportuna durante las reuniones, encontrando en la lectura de

las ayudas memorias discusiones sobre situaciones de resolución en el nivel operativo, ejemplo: “se arruinó el llavín de la puerta de sala principal de acceso a la sala de operaciones”.

No registran la toma de decisiones y las recomendaciones realizadas al Director del Hospital en situaciones puntuales y las existentes no están relacionadas con los indicadores con resultados bajos del Cuadro de Mando Gerencial, no hay matriz de compromisos adquiridos completamente llena, su nivel de avance y los resultados de las gestiones realizadas por el Consejo Consultivo; así como también el seguimiento respectivo.

Según las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, 2013 el Consejo Consultivo constituye un órgano asesor para los procesos estratégicos y políticos que se realizan en el hospital. Tiene como misión fundamental el asesoramiento permanente al Director, emitiendo recomendaciones y promoviendo acuerdos que permitan la toma de decisiones informadas y analizadas, fortaleciendo con ello las capacidades gerenciales del hospital. Una vez que los acuerdos y recomendaciones efectuadas por el Consejo Consultivo hayan sido consensuados con el Director, se convierten en acciones de cumplimiento obligatorio en el tiempo establecido.

También nos señala que las reuniones del Consejo Consultivo se deben realizar en la tercera semana de cada mes con el objetivo de discutir, analizar y tomar decisiones oportunas en lo que se refiere a los indicadores con resultados bajos reportados en el Cuadro de Mando Gerencial y el Coordinador de la Unidad de Gestión de la Información (UGI), siendo el Secretario (a) del Consejo Consultivo debe elaborar una ayuda memoria de dicha reunión. Así como también deben reunirse los servicios finales e instancias intermedias en la segunda semana de cada mes. No existe congruencia con lo planteado por las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria y los resultados documentales encontrados.

El Consejo Consultivo está compuesto por 16 integrantes, 15 representando los diferentes servicios finales e instancias intermedias del hospital y uno representando la Región Sanitaria Departamental. Se consideró necesario aplicar el cuestionario a los diferentes miembros en el momento de una reunión de Consejo Consultivo, entrevistando de los 16 a 13 representantes, por razones de permisos, vacaciones y porque en ese momento estaban realizando trabajo en Consulta externa, hospitalización y Sala de operaciones.

Y también aplicarles el cuestionario a los empleados de los diferentes servicios finales e instancias intermedias del hospital, a los que se les realizó la visita a su

área de trabajo, entrevistando a 74 de 105 empleados, estos fueron los encontrados por las mismas razones de los anteriores.

La Teoría organizacional señala que las organizaciones pueden ser consideradas como espacios estructurados en donde los individuos realizan diversos procesos productivos, decisorios, comunicativos, etc, con miras a la consecución de ciertos objetivos personales y organizacionales, múltiples formas por la estructura y el ambiente/contexto en el que se desarrollan dichos espacios. Aparentemente al darse un Consejo Consultivo se estaría aplicando la Teoría organizacional, pero los resultados antes descritos reflejaron el desconocimiento de las teorías administrativas para el posicionamiento en la gestión.

La estructura multidisciplinaria del Consejo Consultivo según las Teorías de la Administración los resultados se acercan a la Teoría Contingencial, que se refiere a la configuración estructural, desempeño y cooperación.

En relación a la inducción en los miembros del Consejo Consultivo y los empleados de los servicios finales e instancias intermedias se encontró homogeneidad en las respuestas que nunca recibieron inducción en el trabajo.

En relación a lo anterior según Harold Koontz y Cyill O'donnel. (1961) y R.F Nevechel (1950) describen al procedimiento administrativo, como el medio por el cual es llevada a cabo, controlada y detenida toda acción que se repite en una organización, por tal razón según la teoría la inducción es un proceso repetitivo en todo el proceso administrativo.

En cuanto al conocimiento de los integrantes del Consejo Consultivo sobre las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, los integrantes dicen conocer sobre los mismos. En cambio en los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias no sucede de igual forma.

Siendo que la probabilidad es la posibilidad que existe de que una cosa se cumpla o suceda al azar, por tanto estas respuestas tienen una relación directa con los resultados de la evaluación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria realizada en el año 2012 que consideran que las facilitantes y limitantes en el análisis de la información y la toma de decisiones están relacionadas a procesos gerenciales, tales como liderazgo, trabajo en equipo, uso de la información y comunicación efectiva y oportuna (Salud, 2013).

Según el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria el flujo de la información establece las actividades para cada una de las semanas del mes, en el cual la **primera semana** los equipos de mejora continua de la calidad de los diferentes servicios finales e instancias intermedias realizan la medición de los indicadores correspondientes, para la construcción de los tableros de tabulación internos que alimentan el Cuadro de Mando Gerencial, en la **segunda semana** los servicios finales e instancias intermedias realizan el llenado de tableros y su respectivo análisis, en la **tercera semana** se revisa y analiza el Cuadro de Mando Gerencial en la reunión de Consejo Consultivo y en la **cuarta semana** retroalimentan a los servicios finales e instancias intermedias y se envían informes a nivel Regional y Central. (Salud S. d., Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, 2013). El conocimiento del flujo de la información no es homogéneo.

En relación a lo anterior el conocimiento del flujo de la información no es homogéneo en los integrantes del Consejo y los empleados de los servicios finales e instancias intermedias.

Relacionando los resultados con lo que dice el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria” toda información y datos recolectados como producto de la medición de los avances de los procesos no tienen sentido, ni utilidad si los mismos no son revisados y analizados en los niveles que corresponden, para

luego fluir de manera tal, que la información pertinente se encuentre en forma oportuna en los niveles de conducción para la toma de decisiones”. (Salud S. d., Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, 2013).

Se entiende que la probabilidad de cumplir con estos lineamientos en el Consejo Consultivo, el equipo de mayor importancia por la toma de decisiones, depende directamente también de la probabilidad de cumplimiento por los servicios finales o instancias intermedias.

Y es en este sentido que los entrevistados del Consejo Consultivo con respecto al envío de la información de manera oportuna para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial, por parte de los servicios finales e instancias intermedias dicen que probablemente sí es enviada de forma oportuna. Y los empleados de los servicios finales e instancias intermedias sobre el envío de manera oportuna la información a la Unidad de Gestión de la Información respondieron que sí.

El análisis de la información debe ser realizado en los diferentes niveles: servicios finales e instancias intermedias, Unidad de Gestión de la Información, Consejo Consultivo y así obtener de manera progresiva mayores niveles de oportunidad y calidad en la toma de decisiones. Y al consultarle al Consejo Consultivo y a los

empleados de servicios finales e instancias intermedias no existe homogeneidad en las respuestas.

La utilización del Cuadro de Mando Gerencial facilita el monitoreo rápido y objetivo del desempeño de una organización y sus resultados en términos de calidad. Su uso periódico y sistemático permite el desarrollo de procesos participativos de mejora e innovación continua de la gestión y provisión de los servicios. Según el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria la tercera semana de cada mes el Consejo Consultivo se debe reunir con el objetivo de discutir los indicadores contemplados en el Cuadro de Mando Gerencial. (Salud S. d., Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, 2013).

Y al responder sobre la utilización del Cuadro de Mando Gerencial como herramienta principal durante las reuniones del Consejo Consultivo respondieron que si es utilizado. Por lo que no hay consistencia entre las respuestas y lo evidenciado durante la revisión documental realizada a las ayudas memorias.

La toma de decisiones implica definir claramente y de forma cuantitativa un problema, identificar todas las posibles alternativas para un determinado curso de acción, analizar las posibles consecuencias de cada una de las alternativas, estimar la probabilidad o grado de incertidumbre en cada paso del proceso de

decisión y finalmente establecer el valor de cada uno de los resultados, con el objetivo final de identificar aquella línea de actuación que con mayor probabilidad producirá el mayor beneficio neto.

En relación al estudio el posicionamiento de la autora fue la Teoría del Desarrollo Organizacional, ya que ella nos dice: “que este debe ser un proceso dinámico, dialectico y continuo, de cambios planeados a partir de diagnósticos realistas de situación, utilizando estrategias, métodos e instrumentos que miren a optimizar la interacción entre personas y grupos para constante perfeccionamiento y renovación de sistemas abiertos técnico-económico-administrativo de comportamiento, de manera que aumente la eficacia y la salud de la organización y asegurar así la supervivencia y el desarrollo mutuo de la empresa y de sus empleados. (Faria, 1988).

En cuanto a la respuesta de los integrantes del Consejo Consultivo sobre si hay toma de decisiones en base a la discusión del Cuadro de Mando Gerencial respondieron que sí. Y los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias en relación a la toma de decisiones ante los resultados de los indicadores bajos respondieron de forma indecisa. Por lo que no existe congruencia con lo planteado anteriormente y los resultados documentales encontrados y lo que dice la Teoría del comportamiento.

La ayuda memoria es uno de los formatos gerenciales con que cuenta el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, que debe ser elaborada durante las reuniones de discusión del Cuadro de Mando Gerencial por el Consejo Consultivo; así como también durante las reuniones de discusión y análisis de los tableros internos, sostenidas por los servicios finales e instancias intermedias y que está diseñada para recoger datos de los participantes a la reunión, temas abordados, registro y análisis de los indicadores correspondientes al período, así como una matriz de seguimiento para acuerdos y compromisos establecidos. (Salud S. d., Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, 2013).

Al responder los entrevistados si elaboraban ayuda memoria en las reuniones de Consejo Consultivo dijeron que definitivamente sí. Lo que sí es congruente con los hallazgos encontrados durante la revisión documental (cinco ayudas memoria del período). No así existe congruencia en lo que se refiere a las decisiones tomadas y seguimiento a compromisos contraídos, ya que estos no estaban contemplados en las ayudas memoria revisadas.

Las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria señala que las reuniones de los servicios finales e instancias intermedias se deben realizar en la segunda semana de cada mes con el objetivo de discutir, analizar y tomar decisiones oportunas en lo que se refiere a los indicadores con

resultados altos, medios y bajos reportados en los tableros internos de cada servicio final e instancia intermedia y elaborar una ayuda memoria de dicha reunión.

A los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias sobre los resultados de la elaboración de ayudas memorias respondieron de forma indecisa, hecho que se constató al hacer la revisión documental no se encontró evidencia de las ayudas memorias elaboradas durante las reuniones que ellos dijeron tener, durante el período enero a junio del 2015.

La gestión de los procesos asistenciales tiene que ver con la efectividad clínica, el análisis y mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos, así como también la gestión de la utilización de los recursos que implica asumir responsabilidad sobre la eficiencia (Prosperi J. L., 2003).

En cuanto a la gestión referida la teoría habla de la efectividad y la responsabilidad sobre la eficiencia, siendo la efectividad el grado en el que se producen esos efectos esperados. Las organizaciones difieren entre sí por su capacidad de logro, las hay más efectivas, así como también menos efectivas.

En relación a lo anterior los entrevistados del Consejo Consultivo respondieron que probablemente si realizaban gestiones para obtener los medicamentos

requeridos para la atención en salud. Así como también que si realizaban las gestiones correspondientes para obtener los insumos (equipo, material y recurso humano). A diferencia de los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias, respondieron que no al consultarles sobre la existencia de materiales y herramientas oportunamente. Por tanto con estos resultados de la investigación el hospital es menos efectivo.

El apoyo financiero es el proceso de proveer (movilizar y asignar) recursos, organizarlos y utilizarlos para la producción de determinados bienes y/o servicios con la funcionalidad de satisfacer necesidades/demandas es la esencia de la gestión, en particular de la gestión pública. Los entrevistados del Consejo Consultivo respondieron de forma indecisa, al consultarles si reciben apoyo financiero. Con estas respuestas y las quejas que se dan en el sistema de salud permite reconocer la indecisión en la respuesta sobre el apoyo financiero.

La gestión implementa y complementa a la política en un continuo de decisiones y acciones hacia los objetivos. Mientras la política tiene su ámbito más específico en la estructuración y uso del poder para la asignación de valores (objetivos, procesos principistas y prioridades) por el Estado y en la Sociedad, la gestión se preocupa en darles factibilidad y contribuir para la viabilidad de las decisiones políticas.

No hay, sin embargo, una separación estanca o precisa entre esos dos grandes quehaceres sociales: la Política se apoya en la gestión y sus instrumentos y se prolonga en su proceso (de gestión) siempre que las decisiones a ser tomadas contengan significativamente expresiones de valor o afecten a la estructura o al balance del poder. Al responder los integrantes del Consejo Consultivo sobre si reciben apoyo político contestaron de forma indecisa. La relación de estas respuestas con la teoría implica un divorcio de la gestión y la política, puesto que la gestión implementa y complementa a la política en un continuo de decisiones y acciones hacia los objetivos.

La gestión es la acción y el efecto de administrar o gestionar un negocio. A través de una gestión se llevarán a cabo diversas diligencias, trámites, las cuales, conducirán al logro de un objetivo determinado, de un negocio o de un deseo que lleva largo tiempo en carpeta, como se dice popularmente. En cuanto al tiempo que tarda la gestión de los suministros solicitados los integrantes del Consejo Consultivo y los servicios finales e instancias intermedias respondieron que tres meses o más.

Estos resultados demuestran las repercusiones de una gestión tardía, en la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos, así como también la gestión de la utilización de los recursos que implica asumir responsabilidad sobre la eficiencia.

La Teoría de la Servucción (Gestión hospitalaria Jaime Varo 1994), señala que la calidad del servicio depende de la calidad de los elementos de Servucción-el soporte físico, el personal y los clientes-y de la coherencia entre ellos. El recurso humano es un componente crítico en el proceso de gestión, y, por lo tanto, vital para la reforma.

En relación a la respuesta de los integrantes del Consejo Consultivo sobre personal suficiente para el buen funcionamiento de la unidad respondieron de forma indecisa. Lo que demuestra que no disponen de recurso humano suficiente y adecuado como condición indispensable para el éxito de todo proceso asistencial y administrativo.

Los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias respondieron que si cuentan con el personal suficiente para desarrollar el trabajo. Lo que demuestra una inconsistencia en las respuestas de los niveles operativos en relación a la del nivel de conducción.

También al revisar los indicadores propuestos en cuánto a personal se encontró que el indicador número 1 es contar con el 100% de médicos especialistas, distribuidos en ginecobstetras, pediatras, ortopedas, internistas y cirujanos, otro de los indicadores se refiere a ausencias justificadas e injustificadas; no refiere nada en cuánto a otros indicadores relacionados con el resto del personal

(enfermería, laboratorio, farmacia, administración, almacén, mantenimiento, vigilancia, cocina, limpieza).

La teoría señala que la gestión por procesos es la forma de gestionar toda la organización, basándose en procesos, entendiendo esto como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado y una salida que satisfaga la necesidad de la población demandante. En cuanto a la respuesta de los integrantes del Consejo Consultivo sobre si desarrollan la gestión por procesos respondieron que probablemente sí. No fue observado un modelo de gestión por procesos.

Al relacionar el valor de las respuestas con la teoría de la gestión de procesos, existe incongruencia en las respuestas, siendo la gestión de procesos un principio que le añade valor a la estructura para satisfacer las necesidades de la población.

El aprendizaje es muy necesario y cuando se interpreta como un proceso que se abre institucionalmente para todo un equipo de trabajo, modelado por la interacción con los compañeros de trabajo, a fin de confrontar sus ideas con otras diferentes, es necesario que el deseo de aprender, de obtener el conocimiento esté presente en los individuos para desarrollar mejor su trabajo.

Los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias al responder sobre la necesidad de capacitación para mejorar su trabajo respondieron que definitivamente si es necesaria la capacitación. Demostrando que los empleados de los servicios e instancias intermedias del hospital consideran que el aprendizaje y el conocimiento es muy necesario para desarrollar mejor su trabajo.

Como lo señala los lineamientos en la **cuarta semana del mes**, se debe retroalimentar a los servicios finales e instancias intermedias y se envían informes a nivel Regional y Central. (Salud S. d., Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestion Hospitalaria, 2013). Los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias sobre la retroalimentación por parte del nivel de conducción respondieron que no. Lo que demuestra que el nivel de conducción no está retroalimentando a los niveles operativos como lo establecen los lineamientos.

El apoyo y reconocimiento de un superior por el esfuerzo y trabajo bien hecho, es uno de los factores que influyen eficazmente en la productividad de los profesionales. El papel de un directivo no se limita a supervisar el trabajo realizado, sino también a proporcionar coaching, recursos y a fomentar la creatividad y la asunción de riesgos. En las organizaciones de conocimiento el papel de líder tiene la facultad de crear el ambiente y clima laboral adecuado

dentro del equipo, también de ayudar a cada individuo a completar sus tareas, de aportar sus conocimientos e ideas y de hacer que se trabaje en armonía tanto con los miembros de su propio equipo como con otros equipos.

En referencia a lo anterior se demostró que no hay homogeneidad en las respuestas de los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias y evidencia que no hay apoyo por parte de las jefaturas.

“La coordinación es un proceso que consiste en integrar las actividades de departamentos independientes a efecto de perseguir las metas de la organización con eficacia” (Stoner, Freeman, & Gilbert, 1996). Así podemos decir que la coordinación es la sincronización de actividades, recursos y esfuerzos de una organización con el fin de lograr armonía, unidad, rapidéz y eficacia en la consecución de objetivos definidos.

Los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias sobre la coordinación de actividades con otros servicios o instancias intermedias respondieron indecisos, evidenciando de esta forma que no se cumple lo de la coordinación e integración entre departamentos y esto los vuelve menos eficaces.

La supervisión es una actividad técnica y especializada que tiene como fin fundamental utilizar racionalmente los factores que le hacen posible la realización

de los procesos de trabajo: el hombre, la materia prima, los equipos, maquinarias, herramientas, dinero, entre otros elementos que en forma directa o indirecta intervienen en la consecución de bienes, servicios y productos destinados a la satisfacción de necesidades de un mercado de consumidores, cada día más exigente, y que mediante su gestión puede contribuir al éxito de la empresa.

En relación a lo anterior no hay homogeneidad en las respuestas de los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias, evidenciando que no se está logrando realizar una supervisión directa que contribuya a mejorar las condiciones laborales y la productividad de los empleados.

Evaluar el desempeño constituye un aspecto básico de la gestión de recursos humanos en las organizaciones. La evaluación del desempeño constituye una función esencial que de una u otra manera suele efectuarse en toda organización moderna. Al evaluar el desempeño la organización obtiene información para la toma de decisiones: si el desempeño es inferior a lo estipulado, deben emprenderse acciones correctivas; si el desempeño es satisfactorio, debe ser alentado. En relación a lo anterior no existió homogeneidad en las repuestas de los entrevistados de los servicios finales e instancias intermedias sobre la evaluación de desempeño para todo el personal que labora en las dependencias.

VII. CONCLUSIONES

1. Se evidenció la ineficiente utilización en el Cuadro de Mando Gerencial tanto en el Consejo Consultivo, como en servicios finales e instancias intermedias, al hacer la relación de la revisión documental y la información obtenida por los entrevistados no hay revisión del cumplimiento de indicadores para la toma de decisiones.
2. El Cuadro de Mando Gerencial es tan importante en la gerencia, que es comparado con el tablero de control de un avión, también con el cuadro de alerta epidemiológica, o como un semáforo, que cada uno indica el control y la decisión.
3. No se encontró evidencia de ayudas memorias en los servicios finales e instancias intermedias que sustentó el análisis de la información obtenida, producto de la medición periódica de los indicadores correspondientes.
4. En los resultados obtenidos se evidenció incumplimiento en la aplicación de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria II Fase, en el Consejo Consultivo, así como también en los servicios finales e instancias intermedias .

5. Los resultados obtenidos de la investigación demuestran que el hospital como una institución compleja no tiene sus procesos bien definidos en el caso de la inducción a sus empleados.

6. La información es importante en la toma de decisiones a cualquier nivel, esto se relaciona con la deficiente inducción al desconocer los empleados los procesos hospitalarios, en algunos momentos desarrollando actividades de manera empírica.

7. Un tema central que origina mucha discusión e insatisfacción en el cliente interno es la provisión de insumos y la deficiente gestión para obtenerlos.

8. Desconocimiento de la necesidad de recurso humano por la ineficiente utilización del Cuadro de Mando Gerencial y la no inclusión de indicadores pertinentes para evaluar estas necesidades.

9. El Cuadro de Mando Gerencial no comprende indicadores para la capacitación del personal, necesidad planteada por los mismos para realizar mejor su trabajo.

10. El Cuadro de Mando Gerencial contiene muchos indicadores, pero específicamente en el caso del bloque médico quirúrgico no existen protocolos clínicos elaborados, razón por la cual no hay medición de esos indicadores en ese momento.

11. El Hospital Santa Teresa dentro de sus actividades y estrategias identificadas continúa focalizando la atención en salud al área materno infantil, en base a los objetivos de Desarrollo del Milenio.

12. Si en el hospital no se aplica la gestión, no hay una adecuada utilización de un Cuadro de Mando Gerencial y la toma de decisiones es inoportuna el problema es de tipo gerencial.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Es mandatorio que el Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención de la Secretaría de Salud exija al Consejo Consultivo del Hospital Santa Teresa, Comayagua para que utilice el Cuadro de Mando Gerencial como herramienta principal, durante la tercera reunión semanal de cada mes y la discusión de los resultados de indicadores contemplados en el mismo para la toma de decisiones oportuna.
2. El Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención de la Secretaría de Salud debe hacer cumplir al Director Ejecutivo del Hospital Santa Teresa, Comayagua una revisión de la información de tableros internos y ayudas memoria de los Servicios Finales e Instancias Intermedias que evidencien la discusión, análisis y toma de decisiones de los resultados de los indicadores contemplados en los tableros internos.
3. El Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención de la Secretaria de Salud debe exigir el cumplimiento de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestion Hospitalaria II Fase.

4. Apoyar a la Dirección Ejecutiva en la elaboración y supervisión de plan de aplicación y monitoría a nivel operativo en el Hospital Santa Teresa, Comayagua.
5. Es mandatorio que el Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención debe revisar y ajustar el Cuadro de Mando Gerencial y sus respectivos indicadores de acuerdo a la necesidad de los hospitales de la red.
6. El Hospital Santa Teresa de Comayagua debe trabajar en la elaboración de protocolos clínicos de atención del bloque médico quirúrgico.
7. El Hospital Santa Teresa de Comayagua debe disponer de un Manual de inducción para aplicarlo en cada empleado de nuevo ingreso y a todos los empleados laborantes que no han sido inducidos.
8. Un piloto es experto en el manejo de su tablero de control para la conducción del avión, un epidemiólogo es experto en el manejo de la curva epidemiológica para el control de las epidemias, por tanto el Director del Hospital debe de ser un experto en gerencia de servicios de salud para que pueda realizar la gestión del Hospital.

9. Hacer un llamado al Director Ejecutivo del Hospital Santa Teresa para que realice las gestiones correspondientes para la obtención de los insumos en los diferentes niveles, así como también para la efectividad en el suministro.

10. Realizar un estudio sobre competencias gerenciales en los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Barrubés, J. B. (2012). El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de cardiología*, 919-927.
2. Bourdeth Tosta, J. A. (s.f.). Hospitales de Honduras, evolución cronológica. *Historia de la Medicina Hondureña*.
3. Carolina Torres, N. A. (2005). Indicadores trazadores de la gestión hospitalaria. Revisión, análisis y propuesta. *Revista Chilena Salud Pública*, 96-102.
4. Echenique Elizondo, M., & Díaz Aguirregoitia, J. (2003). Organización y gestión hospitalaria hoy: Servicio de cirugía.
5. Francisco Javier Montero-Pérez, J. M. (2012). Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un Cuadro de Mando Asistencial específico. 476-484.
6. H, N. W. (1968). Programación, organización y control. Bilbao: Deusto.
7. Hernández Torres, M. (2001). [http://www.5 campus.com/leccion/cgdefi](http://www.5campus.com/leccion/cgdefi).
8. Honduras, S. d. (2010). Plan Nacional de Salud 2010-2014. Tegucigalpa MDC.

9. Huergo, J. (s.f.). Los procesos de gestion.
10. Juan Luis Bermudez-Madriz, L. e. (2011). Sistemas de Salud de Honduras. Salud Publica de mexico, 209-219.
11. La gerencia en la administracion del mantenimiento hospitalario. (s.f.).
Obtenido de <http://sme.uni.edu.pe/MHospitalario.htm>.
12. Malagon-Londoño, G. M. (2000). Administracion hospitalaria. Mexico: Medicina Panamericana.
13. Maria Beatriz Gonzales Sanchez, E. L. (2011). El Cuadro de Mando Integral en el sector sanitario español: una revision analitica de la literatura.
14. Naranjo Gil, D. (2010). El uso del Cuadro de mando Integral y del presupuesto en la gestion estrategica de los hospitales publicos.
15. Prospero, J. L. (2001). En Guia para el analisis de la informacion que proporciona el sistema de informacion gerencial en establecimientos de salud con camas. OPS OMS. Caracas.
16. Salud, S. d. (2009). Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestion Hospitalaria.
17. Salud, S. d. (2009). Marco Conceptual, politico y estrategico de la Reforma del Sector Salud.

18. Salud, S. d. (2010). Plan Nacional de Salud 2010-2014. Tegucigalpa.
19. Salud, S. d. (2013). Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestion Hospitalaria II Fase. Tegucigalpa MDC.
20. Juan Luis Bermúdez-Madriz, L. e. (2011). Sistemas de Salud de Honduras. salud publica de Mexico, vol.53..
21. Salud, O. M. (febrero,2009). Perfil de los Sistemas de Salud. Honduras.
22. Salgueiro Amado. Indicadores de Gestión y Cuadro de Mando. Ediciones Díaz Santos, S.A. Madrid, España. 2005.
23. Salud S. d., Sistema Nacional de Salud de Honduras, OPS/OMS, 2012.
24. Jaime Varo, 1994, Gestion estratégica de la calidad en los servicios de sanitarios, un modelo de gestión hospitalaria.
25. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio, Metodología de la investigación IV edición.
26. Promoción de la salud: una antología OPS/OMS.
27. Políticas públicas para la salud pública, capítulo 4.
28. Liderazgo y gobierno eficaz, capítulo 5.
29. Jack Guido y James P. Clements Administración exitosa de proyectos II edición.

30. Aplicación del pensamiento sistémico, al fortalecimiento de los servicios de salud, OMS, 2009.
31. Sistema de información Gerencial, OPS/OMS, julio 2011.
32. Luis alegre, Carmen Berné y Carmen Galve. Fundamentos de economía de la empresa: perspectiva funcional. Editorial Ariel. Barcelona, 2008.
33. Metodología de la Gestion Productiva de Servicios de Salud, OPS/OMS, octubre 2010.
34. Serna Gómez, Humberto. Gerencia Estratégica. 3 R Editores. 3º edición. Año 2008.
35. Oscar León García S. Administración Financiera: Fundamentos y Aplicaciones. Tercera Edición. Prensa Moderna Impresores. Colombia, 1999.
36. Robbins, Stephen p. y Decenzo, David A. Fundamentos de Administración: conceptos esenciales y aplicaciones. Tercera edición. Pearson educación. México, 2002.
37. Secretaria de Salud, Manual de procedimientos para coordinadores de las Unidades de Gestion de la Información (UGI).
38. Secretaria de Salud, Modelo Nacional de Salud, Tegucigalpa, Mayo, 2013.
39. Alejandro Medina Giopp, Gestion por procesos y creación de valor público, Santo Domingo 2005.

40. Daccordi A. Horacio, Dalmazo A. Roberto, "Manual de gerenciamiento de empresas de salud.
41. Fernández Fernández, Santiago, Cordero Sánchez, José María, Córdoba Largo, Alejandro., (2002) Estadística descriptiva., Madrid, España: Esic.
42. Secretaria de Salud México, Innovaciones en gestión hospitalaria México, el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad/HRAE, (2006), México DF.
43. Consulting Antares, La innovación en la gestión hospitalaria implicaciones y experiencias, Informe 2008-2009., España.
44. De Faria Mello, Fernando Archilles, Desarrollo Organizacional, Enfoque integral, México D.F 1988. Editorial LIMUSA.

X. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

VIII PROMOCION



CUESTIONARIO 1

ESTE CUESTIONARIO SE REALIZA CON EL FIN DE OBTENER INFORMACION UTIL PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL SANTA TERESA, NO LLEVA SU NOMBRE Y LA INFORMACION OBTENIDA ES DE TIPO CONFIDENCIAL.

GRACIAS POR SU COOPERACION

INSTRUMENTO PARA INTEGRANTES CONSEJO CONSULTIVO

DATOS GENERALES

1. Cargo_____
2. Profesión_____
3. Sexo: Femenino_____ Masculino_____
4. Edad_____
5. Tiempo de laborar en esa dependencia_____
6. Tiempo de laborar en el Hospital_____

1. Recibió inducción antes de ingresar a este puesto
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

2. Es importante para usted la inducción
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

3. Conoce de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

4. Se aplican las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

5. Conoce el flujo de la información establecido en las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

6. Aplican los servicios finales e instancias intermedias el flujo de la información establecido en las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

7. Envían de manera oportuna la información para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial los servicios finales y las instancias intermedias
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

8. Envían de manera completa la información para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial los servicios finales y las instancias intermedias
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

9. Realizan análisis de la información enviada los servicios finales e instancias intermedias
 1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

10. Realizan reuniones de Consejo Consultivo de acuerdo a lineamientos del RGH

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

11. Asisten a las reuniones de Consejo Consultivo todos (as) sus integrantes

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

12. Utilizan el Cuadro de Mando Gerencial como herramienta principal en las reuniones de Consejo Consultivo.

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

13. Discuten los indicadores contemplados en el CMG

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

14. Toman decisiones en base a la discusión del Cuadro de Mando Gerencial

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____

5. Nunca_____

15. Definen objetivos antes de tomar cualquier tipo de decisión

1. Definitivamente si _____

2. Probablemente si_____

3. Indeciso_____

4. Probablemente no_____

5. Nunca_____

16. Obtienen la información necesaria para la resolución del problema, antes de tomar una decisión

1. Definitivamente si _____

2. Probablemente si_____

3. Indeciso_____

4. Probablemente no_____

5. Nunca_____

17. Enumeran un conjunto de alternativas viables para dar respuesta a un problema identificado y finalmente tomar una decisión

1. Definitivamente si _____

2. Probablemente si_____

3. Indeciso_____

4. Probablemente no_____

5. Nunca_____

18. Elaboran ayuda memoria de las reuniones de Consejo Consultivo

1. Definitivamente si_____

2. Probablemente si_____

3. Indeciso_____

4. Probablemente no_____

5. Nunca_____

19. Las decisiones tomadas se contemplan en la ayuda memoria elaborada

1. Definitivamente si_____

2. Probablemente si_____

3. Indeciso_____
4. Probablemente no_____
5. Nunca_____

20. Le dan seguimiento a los compromisos adquiridos en cada reunión

1. Definitivamente si_____
2. Probablemente si_____
3. Indeciso_____
4. Probablemente no_____
5. Nunca_____

21. Realiza gestiones para obtener los medicamentos requeridos para la atención en salud

1. Definitivamente si _____
2. Probablemente si_____
3. Indeciso_____
4. Probablemente no_____
5. Nunca_____

22. Realiza gestiones para obtener los insumos y materiales requeridos

1. Definitivamente si _____
2. Probablemente si_____
3. Indeciso_____
4. Probablemente no_____
5. Nunca_____

23. Cuenta con apoyo financiero

1. Definitivamente si _____
2. Probablemente si_____
3. Indeciso_____
4. Probablemente no_____
5. Nunca_____

24. Cuenta con apoyo político

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

25. Cuánto tiempo se tarda en la gestión de los suministros solicitados

1. Una semana ____
2. Quince días ____
3. Un mes ____
4. Dos meses ____
5. Tres meses y mas ____

26. Cuenta usted con personal suficiente para el buen funcionamiento de su unidad

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

27. Desarrolla la gestión por procesos

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

VIII PROMOCION



CUESTIONARIO 2

ESTE CUESTIONARIO SE REALIZA CON EL FIN DE OBTENER INFORMACION UTIL PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL SANTA TERESA, NO LLEVA SU NOMBRE Y LA INFORMACION OBTENIDA ES DE TIPO CONFIDENCIAL.

GRACIAS POR SU COOPERACION

INSTRUMENTO PARA SERVICIOS FINALES E INSTANCIAS INTERMEDIAS

DATOS GENERALES

1. Cargo_____
2. Profesión_____
3. Sexo: Femenino_____ Masculino_____
4. Edad_____
5. Tiempo de laborar en esa dependencia_____
6. Tiempo de laborar en el Hospital_____
1. Recibió inducción antes de ingresar a este puesto

1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____
2. Es importante para usted la inducción.
1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____
3. Conoce de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____
4. Se aplican las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____
5. Conoce el flujo de la información establecido en las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
1. Definitivamente si ____
 2. Probablemente si ____
 3. Indeciso ____
 4. Probablemente no ____
 5. Nunca ____

6. Aplica el flujo de la información establecido en las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

7. Realizan reuniones según lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

8. Discuten los resultados de los indicadores de su servicio y/o instancia intermedia en las reuniones

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

9. Analizan los resultados de los indicadores de su servicio y/o instancia intermedia en las reuniones

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

10. Toman decisiones ante los resultados de los indicadores bajos

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

11. Toman decisiones ante los resultados de los indicadores medios

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

12. Toman decisiones ante los resultados de los indicadores altos

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

13. Se dan recomendaciones ante los resultados de los indicadores

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

14. Elaboran ayuda memoria en cada reunión

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

15. Le dan seguimiento a los compromisos adquiridos en cada reunión

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

16. Envía de manera oportuna la información a la Unidad de Gestión de la Información (UGI) para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

17. Envía de manera completa la información a la Unidad de Gestión de la Información (UGI) para alimentar el Cuadro de Mando Gerencial

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

18. Recibe retroalimentación por parte del nivel de conducción

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

19. Recibe apoyo de su jefe cuando se le presenta algún problema

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

20. Existe coordinación de actividades con otro servicio y/o instancia intermedia

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

21. Existe supervisión del trabajo que realiza

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

22. Existe evaluación para todo el personal que labora en esta dependencia

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

23. Cuentan con los materiales, herramientas e insumos necesarios oportunamente.

1. Definitivamente si ____
2. Probablemente si ____
3. Indeciso ____
4. Probablemente no ____
5. Nunca ____

24. Cree usted que necesita capacitación para mejorar su trabajo

1. Definitivamente si _____
2. Probablemente si _____
3. Indeciso _____
4. Probablemente no _____
5. Nunca _____

25. Considera que el servicio y/o instancia intermedia cuenta con el personal suficiente para desarrollar el trabajo

1. Definitivamente si_____
2. Probablemente si_____
3. Indeciso_____
4. Probablemente no_____
5. Nunca_____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
VIII PROMOCION



CUESTIONARIO PARA REVISION DOCUMENTAL

OBJETIVO: Recolectar la información contemplada en las ayudas memorias elaboradas en el Consejo Consultivo, Instancias intermedias y Servicios finales.

PREGUNTAS

1. Elaboran ayudas memorias durante las reuniones de Consejo Consultivo, servicio final e instancias intermedias.

Si _____ No _____

2. Cuentan con las evidencias de las ayudas memoria elaboradas durante las reuniones de Consejo Consultivo, servicio final e instancias intermedias.

Si _____ No _____ cuáles _____

3. Contempla la ayuda memoria la discusión de los indicadores bajos

Si _____ No _____

4. Contempla la ayuda memoria el análisis de los indicadores bajos

Si_____No_____

5. Contempla la ayuda memoria las decisiones tomadas durante las reuniones

Si_____No_____

6. Contempla la ayuda memoria las recomendaciones realizadas al director del hospital

Si_____No_____

7. Cuenta la ayuda memoria con una matriz de seguimiento a compromisos llena

Si_____No_____

8. Existe evidencia de que se le dé seguimiento a los compromisos adquiridos

Si_____No_____

Definición y Operacionalización de variables

Tabla de Determinación de las variables.

Variable	Tipo de variable	Conceptualización	Definición operacional	Indicador	Fuente
X₁: Gestión	Independiente	Del latín <i>gestio</i> , el concepto de gestión hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o Gestionar algo. Al respecto, hay que decir que Gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. Administrar, por otra parte, abarca las ideas de gobernar, disponer, dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa o situación.	Realización de acciones a nivel de servicios finales, instancias intermedias y Consejo Consultivo como (solicitud y compra de medicamentos e insumos, gestión de presupuesto, gestión política, flujo de la información, Gestión entre servicios, etc.)	-Porcentaje de acciones realizadas en respuesta a solicitud y compra insumos. - Porcentaje de acciones realizadas en respuesta a solicitud y compra medicamentos. Presupuesto vrs POA cumplimiento de solicitudes de compra.	De fuente primaria
X₂: Cuadro de Mando Gerencial	Independiente	Un Cuadro de Mando Gerencial es una herramienta que permite conocer en un golpe de vista la situación global de una empresa o de una	Utilización del Cuadro de Mando, Revisión de cumplimiento de indicadores, de estándares tipos de	Cantidad de ayudas memoria elaboradas que contemplen análisis lleno	

Variable	Tipo de variable	Conceptualización	Definición operacional	Indicador	Fuente
		parte de ella, para un momento dado. Para que esto sea así un Cuadro de Mando Gerencial suele estar configurado por indicadores clave de rendimiento acompañados de una representación gráfica	indicadores, de estructura, proceso, resultado.	correctamente revisadas	
Y: Toma de decisiones.	Dependiente	La toma de decisiones es una capacidad puramente humana propia del poder de la razón unido al poder de la voluntad. Es decir, pensamiento y querer se unen en una sola dirección. El pensamiento es como la luz que aporta claridad al corazón y la voluntad guiada por esa luz persigue la elección correcta.	La utilización del Cuadro de Mando por el Consejo Consultivo y la toma de decisiones en los indicadores discutidos	Cantidad de ayudas memoria completamente llenas por el Consejo Consultivo revisadas	

Tabla de Distribución para el análisis y selección de preguntas por variable.

Pregunta	VARIABLES					
	Comité Consultivo (CC)			Servicios finales a instancias intermedias (SFII)		
	X ₁ Gestión	X ₂ Cuadro de Mando Gerencial	Y Toma de Decisiones	X ₁ Gestión	X ₂ Cuadro de Mando Gerencial	Y Toma de Decisiones
1			✓			✓
2			✓			✓
3		✓			✓	
4		✓			✓	
5	✓			✓		
6	✓			✓		
7		✓			✓	
8		✓			✓	
9		✓			✓	
10	✓					
11	✓			✓		
12		✓		✓	✓	
13		✓			✓	
14			✓			✓
15			✓			✓
16			✓			✓
17			✓			✓
18			✓			✓
19			✓	✓		
20			✓		✓	
21	✓			✓		
22	✓			✓		
23		✓			✓	
24		✓		✓		
25	✓					

26	✓					
27	✓					
TOTAL	9	9	9	8	8	8

Cuadro de Mando Gerencial

CUADRO DE MANDO GERENCIAL, HOSPITAL " _____ " Mes Evaluado " _____ " / 2013"																
N°	Código	Indicador	Periodicidad	Meses												
				En	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	No	Di	
1. Producto: Todas las Mujeres atendidas por Emergencias Obstétricas son Manejadas de acuerdo a normas.																
1	GO-01	% de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia, Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica, Eclampsia y Sepsis que fueron manejadas de acuerdo a criterios, seleccionados de la norma.	Mensual													
2	GO-05	% de usuarias en las que la curva de la dilatación cervical de la parturienta rebasó la curva de alerta o presentaron evidencia de desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal y que se tomó una decisión en base a información del partograma.	Mensual													
3	GO-06	% de partos Vaginales y por Cesárea en las que se realizó el Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP)	Mensual													
2. Producto: Niñas y niños con emergencias peri-natales manejados de acuerdo a normas																
4	PED-01	% de los recién nacidos (as) con emergencia neonatales que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	Mensual													
3. Producto: Niñas y niños con problemas de diarrea y neumonía manejados según normas																
5	PED-06	% de niños menores de cinco (5) años con diagnóstico de diarrea con deshidratación grave atendidos en el hospital que fueron evaluados y tratados de acuerdo a los lineamientos establecidos.	Mensual													
6	PED-07	% de niños menores de 5 años de edad atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave que recibieron tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	Mensual													

CUADRO DE MANDO GERENCIAL, HOSPITAL " _____ " Mes Evaluado " _____ / 2013"

N°	Código	Indicador	Periodicidad	Meses											
				En	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	No	Di
4. Manejo de las complicaciones de las Cinco causas más frecuentes en el servicio de cirugía.															
7	CIR-01	% de pacientes de las cinco causas de egresos más frecuentes en el servicio de Cirugía manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Mensual												
5. Manejo de las complicaciones de las Cinco causas más frecuentes en el servicio de medicina interna															
8	MI-01	% de pacientes de las cinco causas de egreso más frecuentes en el servicio de medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Mensual												
6. Manejo de las complicaciones de las Cinco causas más frecuentes en el servicio de Ortopedia o la sala donde es atendido															
9	ORT-01	% de pacientes de las cinco causas de Egresos más frecuentes en el servicio de ortopedia, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Mensual												
7. Manejo de las complicaciones de las Cinco causas de consulta más frecuentes en el servicio de emergencia															
10	EMER-01	% de pacientes con (cinco primeras causas mas frecuentes) atendidos en el servicio de emergencia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Mensual												
8. Manejo de acuerdo al TRIAGE															
11	EMER-07	% de pacientes atendidos en emergencias que fueron clasificados según triage.	Mensual												
9. Manejo de las complicaciones durante el acto quirúrgico de acuerdo a los protocolos o guías de atención oficiales.															
12	SO-01	% de cirugías con complicaciones ocurridas durante el acto quirúrgico.	Mensual												

CUADRO DE MANDO GERENCIAL, HOSPITAL " _____ " Mes Evaluado " _____ " / 2013"																			
N°	Código	Indicador	Periodicidad	Meses															
				En	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	No	Di				
10. Disponibilidad de horas quirofanos																			
13	SO-03	% de horas quirófanos disponibles durante el mes.	Mensual																
11. Todo paciente que presento una emergencia fue evaluado por el especialista.																			
14	UGI-11	% de pacientes que presentaron una emergencia que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	Mensual																
12. Satisfaccion de Usuarios																			
15	CAL-01	% de Usuarios (as) que recibieron atención en el hospital que están satisfechos (as) con la atención recibida.	Trimestral																
13. Servicios de apoyo																			
16	UGI-09	% de las unidades de sangre solicitadas por los servicios que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transfusión de forma inmediata.	Mensual																
17	LAB-02	% de Determinaciones laboratoriales de Emergencia Seleccionados y Entregados dentro de los Treinta (30) minutos de haber sido solicitados.	Mensual																

CUADRO DE MANDO GERENCIAL, HOSPITAL " _____ " Mes Evaluado " _____ " / 2013"

N°	Código	Indicador	Periodicidad	Meses											
				En	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	No	Di
14. Métodos de Planificación Familiar, entregados de acuerdo a programación.															
18	GO-09	% de cumplimiento de la programación de parejas protegidas con metodo de planificacion familiar.	Mensual												
19	GO-11	% de usuarias post evento obstétrico o de Intervalo a las cuales se les realizo una AQV femenina y masculina (Vasectomías) y que tiene su hoja de consentimiento informado llena, según norma.	Mensual												
15. Producción de Servicios; Nota: Este es el consolidado de Todo el Hospital- Se carga la información directamente en estas celdas															
20	EST-01	índice ocupacional (IO)	Mensual												
21	EST-02	Promedio días estancia	Mensual												
22	EST-03	Giro Cama	Mensual												
23	EST-04	Intervalo de Sustitución (IS)	Mensual												
16. Bioseguridad y Seguridad Hospitalaria															
24	BIO-IAAS-02	Prevalencia mensual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)	Mensual												
25	BIO-RH-02	% de salas que cumplen con al menos el 80% de los criterios establecidos en el instrumento de Evaluación de la Gestión y Manejo de los Residuos Hospitalarios.	Trimestral												
26	BIO-ED-01	Valor Numérico del Índice de Seguridad Hospitalaria	Semestral												

CUADRO DE MANDO GERENCIAL, HOSPITAL " _____ " Mes Evaluado " _____ / 2013"

N°	Código	Indicador	Periodicidad	Meses											
				En	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	No	Di
17. Resultados															
27	MORT-02	N° de muertes maternas evitables	Mensual												
28	MORT-03	N° de muertes neonatales evitables por Asfixia, Sepsis y Prematurez	Mensual												
29	MORT-04	N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	Mensual												
30	MORT-07	Letalidad Neonatal.	Mensual												
31	MORT-14	% de Mortalidad Total	Mensual												
32	UGI-10	% de pacientes atendidos en los servicios que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	Mensual												
18. Organización															
33	UGI-02	% de compromisos definidos en las reuniones del Consejo Consultivo, que fueron finalizados.	Mensual												
34	UGI-04	% de compromisos definidos en la reunion del Comité de apoyo externo que fueron finalizados.	Mensual												

CUADRO DE MANDO GERENCIAL, HOSPITAL " _____ " Mes Evaluado " _____ " / 2013 "

N°	Código	Indicador	Periodicidad	Meses											
				En	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	No	Di
19. Financieros															
35	ADM-02	% de ejecución de la cuota presupuestaria Asignada	Trimestral												
36	ADM-03	Cantidad de dinero comprometido con fondos recuperados.	Mensual												
37	ADM-05	% de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención materna e infantil	Mensual												
38	ADM-06	% de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención Médico - Quirúrgico.	Mensual												
39	ADM-07	% de abastecimiento de material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria.	Mensual												
40	CMP-01	% de cumplimiento del Plan de Adquisiciones.	Trimestral												
20. Recursos Humanos															
41	RRHH-01	% de disponibilidad las 24 horas de especialistas en los servicios finales básicos del hospital.	Trimestral												
42	RRHH-08	% de Ausentismo no Justificado	Mensual												

Flujo de la información según Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria

